

| | | | | |
|--|--|------------------------------------|---|------------------------------|
|  <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p>FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | |  | |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 1 de 37</p> |

INFORME PLAN DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2022



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DR. JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ
GERENTE





| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|------------------------------|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | |  | |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 2 de 37</p> |

TABLA DE CONTENIDO

| | Pág. |
|---|-------------|
| 1. Presentación | 4 |
| 2.Marco Metodológico | 5 |
| 2.1 Propósito del Plan | 5 |
| 2.2 Metodología de elaboración, aprobación y evaluación | 6 |
| 4.. Tablero de indicadores | 37 |



| | | | | |
|---|---|------------------------------------|---|------------------------------|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i></p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | |  | |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 3 de 37</p> |

1. PRESENTACION

Como gerente de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina me permito presentar el informe de Plan de Gestión vigencia 2022, un documento que recopila los compromisos asumidos por la institución y orienta las acciones establecidas con el objetivo de dar cumplimiento a la misión, visión y objetivos institucionales establecidos bajo lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social del país, mediante Ley 1438 de 2011 y Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018.

El presente informe da a conocer la gestión y los resultados de los indicadores vigencia 2022 en lo referente a Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, y Gestión clínica o asistencial, teniendo un manejo apropiado de los recursos humanos, técnicos, físicos y financieros de la institución de primer nivel de complejidad más importante de la ciudad de Neiva contribuyendo al logro de la sostenibilidad, crecimiento y rentabilidad social de la entidad.

ORIGINAL F

| | | | | |
|---|---|------------------------------------|------------------|---|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i></p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | | |  |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 4 de 37</p> |

2. MARCO METODOLOGICO

2.1 Propósito del plan

Establecer los compromisos de gestión, acorde a lo ordenado en la Ley 1438 de 2011 y las Resoluciones 710 de 2012, 743 DE 2013 y 408 de 2018 con sus anexos técnicos, en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por el Gerente de la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA, **Dr. JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ**, por el periodo comprendido entre el 01 de Mayo de 2020 al 31 de Marzo de 2024.

2.2 Metodología de elaboración, aprobación y evaluación



ELABORACION

La metodología adoptada por la Gerencia de la **ESE CARMEN EMILIA OSPINA**, para la elaboración del Plan de Gestión, comprendió un proceso participativo de las áreas: administrativa, misional y de apoyo, donde se realizó una evaluación y análisis de datos, actividades e indicadores de tipo financiero, de productividad, de calidad y de gestión.

Según lo establecido en las Resoluciones 710 de 2012, 743 DE 2013 y 408 de 2018, La Gerencia de la ESE Carmen Emilia Ospina, garantizará la elaboración del Plan de Gestión de teniendo en cuenta:

Las metas de gestión y resultados obtenidos en los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión, contenidas en el anexo de la Resolución 408 de 2018.

Las Resoluciones 710 de 2012, 743 DE 2013 y 408 de 2018 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, define las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Este documento refleja los compromisos, metas y actividades que el Gerente presenta ante la Junta Directiva para el periodo 2020-2023 y permite cuantificar los compromisos para el período gerencial, estableciendo entre otros aspectos las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, en las siguientes áreas:

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|------------------------------|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | |  | |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 5 de 37</p> |

Los indicadores que permiten evaluar la gestión se encuentran organizados en tres grandes grupos:

- **Gestión de Dirección y Gerencia**

Cumplimiento de logros estratégicos, Desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

- **Gestión Financiera y Administrativa**

Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud. La Gestión Administrativa se encuentra alineada con la perspectiva de desarrollo.

- **Gestión Clínica o Asistencial**



Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria de cada entidad.

APROBACION

El Plan de Gestión, se presentará a la Junta directiva para su respectiva aprobación, y será rendido y medido a través de un informe anual.

EVALUACION

La Gerencia Presentará a la Junta Directiva de la ESE Carmen Emilia Ospina, un informe anual sobre el cumplimiento de las metas, compromisos o logros alcanzados, cumpliendo con el Art. 74 de la Ley 1438 de 2011 y establecidos en el Plan de Gestión de la vigencia anterior con corte al 31 de diciembre. Este se dará a conocer a más tardar el 01 de abril del año siguiente al periodo evaluado.

| | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|-----------------------|
|  CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small> | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |  | |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 | PÁGINA 6 de 37 |

3. INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

Se realizó la consolidación, de los resultados de los indicadores del plan de gestión vigencia 2022 de la siguiente forma:

3.1 DIRECCION Y GERENCIA: Los indicadores a evaluar son:

INDICADOR 1: Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior

| Indicador (1) | Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior | | |
|---|--|-------|----------------|
| Formula | Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia evaluada/Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior | | |
| Estándar Propuesto | LINEA DE BASE | META | RESULTADO META |
| | | 2022 | 2022 |
| Para el año 2021: Mayor O Igual 1,20 | 1.20 | ≥1,20 | 1,20 |

Fuente de verificación: Certificación coordinadora de Calidad

Fuente de Información (Documento de autoevaluación).



El resultado del indicador Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior es de 1,2 para la gestión del año 2022.

Desarrollo del indicador

Para la autoevaluación de los estándares de acreditación se generaron las siguientes actividades:

- Reunión de los equipos secundarios conformados de acuerdo al modelo de mejoramiento de la institución para realizar la autoevaluación.
- Realización de la autoevaluación cualitativa identificando fortalezas y oportunidades de mejora de cada uno de los estándares
- Realización de la autoevaluación cuantitativa según metodología indicada en la resolución 2082 de 2014.

Realizada la autoevaluación cuantitativa en estándares de acreditación en la ESE Carmen Emilia Ospina para la gestión del año 2022, se obtiene una nota de 2.14 y para la gestión de

| | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|-----------------------|
|  CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small> | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |  | |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 | PÁGINA 7 de 37 |

2021 se obtuvo un anota de 1.79. Con estos valores se calcula el indicador de “Mejoramiento continuo de la calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior” obteniendo el resultado de **1.2**.

A continuación, se presenta la nota obtenida por grupo de estándares en las 3 últimas vigencias:

| GRUPOS DE ESTÁNDARES | RESULTADOS AUTOEVALUACION 2021 Correspondiente a gestión de 2020= CALIDAD OBSERVADA | RESULTADOS AUTOEVALUACION 2022 Correspondiente a gestión de 2021= CALIDAD OBSERVADA | RESULTADOS AUTOEVALUACION 2023 Correspondiente a gestión de 2022= CALIDAD OBSERVADA |
|---|---|---|---|
| PROCESOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL PACAS | 1,49 | 1,93 | 2,35 |
| DIRECCIONAMIENTO | 1,68 | 1,98 | 2,375 |
| GERENCIA | 1,65 | 1,72 | 2,08 |
| TALENTO HUMANO | 1,58 | 1,86 | 2,15 |
| AMBIENTE FÍSICO | 1,39 | 1,93 | 2,28 |
| GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA | 1,3 | 1,6 | 1,95 |
| GERENCIA DE LA INFORMACIÓN | 1,6 | 1,88 | 2,31 |
| MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD MCC | 1,22 | 1,44 | 1,66 |
| TOTAL | 1,49 | 1,79 | 2,144375 |

Calculo del indicador

| | |
|---|---------------------|
| Nombre del indicador: MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD PARA ENTIDADES NO ACREDITADAS SIN AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR | Gestión 2022 |
| Denominador: Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia anterior | 1,79 |
| Numerador: Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada | 2,144 |
| Resultado del indicador | 1,20 |

De acuerdo con la certificación de la Coordinadora de Calidad en la vigencia fiscal 2022, se realizó autoevaluación completa de los grupos de estándares de acreditación, arrojando una calificación de 1.20.

| | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|-----------------------|
|  CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |  | |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 | PÁGINA 8 de 37 |

INDICADOR 2: Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud

| Indicador (2) | Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud | | |
|---|--|-------|----------------|
| Formula | Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría – PAMEC. | | |
| Estándar Propuesto | LINEA DE BASE | META | RESULTADO META |
| | | 2022 | 2022 |
| Para el año 2021: Mayor O Igual 0,90 | 100 | ≥0,90 | 0,93 |

Fuente de verificación: Reporte SUPESALUD, Certificación coordinadora de Calidad



Desarrollo del indicador

| | |
|-------------|---|
| Numerador | Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas |
| Denominador | Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC X100 |

| | OBJETIVO | META | NUMERADOR | DENOMINADOR | RESULTADO |
|-------|--|------|-----------|-------------|-----------|
| PAMEC | Ejecutar las acciones derivadas del Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) - CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN año 2022. | 90% | 111 | 120 | 92.5% |

Para el año 2022 se programaron 120 acciones enfocadas en el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, cumpliendo con 111 acciones. Con estos valores se calcula el indicador de “Efectividad en el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud” obteniendo el resultado de **0.925**.

La remisión de la información a la SUPERSALUD, se ha realizado en forma oportuna y está documentada según pantallazo de la página.

| | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|-----------------------|
|  CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |  | |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 | PÁGINA 9 de 37 |



| NIT | RAZÓN SOCIAL | Indicador 2 | Indicador 10 |
|-----------|--------------------------------------|---|---|
| | | Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad | Oportunidad en la entrega del reporte de información en Cumplimiento de la Circular Única o norma que la sustituya. |
| 813005265 | E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA DE NEIVA | 0.925 | NO CUMPLE |

INDICADOR 3: Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo

El plan de desarrollo institucional es la carta de navegación de la institución que le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas.



El plan de desarrollo vigencia 2020-2024 se ajusta a las realidades del entorno, fortaleciendo acciones frente al modelo de atención conforme a las crisis en salud que se presenta en nuestra región, se establece un sistema de gestión financiera que garantice la sostenibilidad de la ESE, se avanza en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión articulado con el sistema integrado de gestión de calidad, y enfocado en los estándares de acreditación en salud, que permita cumplir la visión institucional.

| Indicador (3) | Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional | | |
|--------------------------------------|---|-------|----------------|
| Formula | Nº metas del Plan Operativo Anual Cumplidas / Nº Metas Plan Operativo Anual Programadas | | |
| Estándar Propuesto | LINEA DE BASE | META | RESULTADO META |
| | | 2022 | 2022 |
| Para el año 2022: Mayor O Igual 0,90 | 0,91 | ≥0,90 | 0,93 |

Fuente de verificación: Certificación área de Planeación.



Desarrollo del indicador

De acuerdo con el plan de desarrollo 2021 – 2024 de la ESE Carmen Emilia Ospina para la vigencia fiscal del 2022, el cual fue ejecutado a través de la Matriz Estratégica el grado de



| | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|------------------------|
|  CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small> | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |  | |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 | PÁGINA 10 de 37 |

cumplimiento es de 0.93 en donde se proyectaron 115 estrategias y se ejecutaron 107 estrategias. A continuación se presentan el listado de las estrategias de la Matriz Estratégica:



| Estrategia | Indicador | CUMPLIMIENTO |
|---|--|--------------|
| Monitorear el presupuesto de la Institución, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo. | Resultado de análisis del periodo / los resultados históricos | SI |
| Realizar el análisis sistemático y gestión sobre los resultados de indicadores financieros. | | |
| Comunicación de los distintos líderes de procesos con el área de costos para el análisis previo de viabilidad de los distintos requerimientos de recursos que estos soliciten. | Cantidad de informes socializados / cantidad de informes proyectados | SI |
| Socialización de análisis y resultados de los costos en las reuniones de socialización de estados financieros. | | SI |
| Generación y comunicación de alertas de costo a la gerencia, Jefes de grupo y líderes de procesos cuando se presente la novedad, mediante el SIMAD o a través de las reuniones de socialización de estados financieros. | | SI |
| Gestionar la cartera a través de: Mesas de cartera según convocatoria de los entes territoriales | # de mesas de trabajo desarrolladas / # de mesas de trabajo programadas | SI |
| Notificación del cobro prejudicial. | # de notificaciones enviadas / # de notificaciones programadas | SI |
| Integrar los servicios de especialización a las Rutas de Atención Integral en Salud ofertadas por la ESE Carmen Emilia Ospina. | Rutas integrales de atención en salud con la participación de especialidades | SI |

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|------------------|---|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | | |  |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 11 de 37</p> |



| | | |
|--|---|----|
| Implementar un modelo de atención integral con especialidades básicas para el mejoramiento de la capacidad resolutoria y la integralidad de la atención en salud. | Modelo de atención en salud con participación de especialidades básicas. | SI |
| Gestionar la contratación del nuevo portafolio de servicios con especialidades básicas del modelo de atención integral institucional con las aseguradoras. | Portafolio de servicios especializados contratados con las aseguradoras /Total aseguradoras vinculadas con la ESE CEO | SI |
| Fortalecer la apropiación conceptual, metodológica y de la sensibilización dirigida al personal asistencial, administrativo y usuarios para el desarrollo de la política IAMI. | No. de personal asistencial y administrativos capacitado en IAMI/no total de personal asistencia y administrativo ESE CEO. No. de usuarios educados en estrategia IAMI/No total de usuarios atendidos en ruta infancia, primera infancia, materno perinatal. | SI |
| Diseño e implementación del modelo de presentación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población. | Modelo de prestación de servicios de salud y portafolio de servicios actualizados Política documentada | SI |
| Implementar una metodología de seguimiento, monitoreo y evaluación de indicadores estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios mejorando la calidad en la atención. | Matriz de indicadores de seguimiento monitoreo y evaluación elaborada e implementada | SI |
| Garantizar programas, estrategias y rutas de promoción y mantenimiento de la salud, articulados con las necesidades en la salud de la población designada. | Programas, estrategias y RIAS implementadas/Programas, estrategias y RIAS planeadas. | SI |
| Fortalecer la estrategia de atención, en salud extramural y domiciliaria para la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población designada. | Atenciones extramurales y domiciliarias realizadas/Atenciones extramurales y domiciliarias programadas. | SI |
| Fortalecer la operatividad del servicio de TAB y referencia y contra referencia institucional con | Numero de indicadores con calificación optima/Número total de indicadores del | SI |

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|-------------------------------|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | |  | |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 12 de 37</p> |



| | | |
|--|---|----|
| oportunidad y calidad | servicio TAB y R-CR. | |
| Implementar y ajustar, en la institución la modalidad de telemedicina, para prestar la atención en salud. | <p>Numero de teleconsultas atendidas/Números de teleconsultas agentadas*100</p> <p>Numero de especialidades implementadas bajo la modalidad de telemedicina en la institución</p> | NO |
| Brindar servicios de salud ambulatoria y de internación acorde a la oferta y demanda de la población. | Matriz de indicadores de seguimiento, monitoreo y evaluación elaborada e implementada | SI |
| Fortalecimiento de los procesos de apoyo diagnóstico y terapéuticos institucionales. | Matriz de indicadores de seguimiento, monitoreo y evaluación elaborada e implementada | SI |
| <p>Generar la estrategia de plan de cuidado liderado por enfermería de la institución que incorpore de manera integral el análisis de riesgos y las necesidades</p> <p>Del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.</p> | Documento elaborado | SI |
| Brindar una atención integral y oportuna a la población sospechosa o diagnosticar por covid - 19. | <p>No. de actividades realizadas por contingencia covid/total de actividades del plan de contingencia *100</p> <p>No. pacientes con sospechosos y/o diagnosticados por Covid 19 que recibieron apoyo psicosocial/ total de pacientes reportados en la base de sivi en fecha epidemiológica 346.</p> | SI |
| Implementar y continuar las acciones del sistema de vigilancia epidemiológica en la ESE Carmen Emilia Ospina. | Matriz de indicadores de seguimiento, monitoreo y evaluación elaborada e implementada | SI |
| Planificación y seguimiento a las obligaciones contractuales de los convenios. | Cumplimiento de matriz de indicadores de seguimiento por convenio. | SI |

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|------------------|---|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | | |  |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 13 de 37</p> |



| | | |
|---|---|----|
| Ejecutar las diferentes actividades contractuales de los convenios. | Metas ejecutadas/metras contratadas*100 | SI |
| Asesorías y autoevaluación en estándares de habilitación de los servicios que se planeen nuevos en la institución. | Numero de asesorías brindadas. | SI |
| Diseño y ejecución del modelo de mejoramiento institucional. | Un modelo diseñado y socializado. | SI |
| Definir e implementar mecanismo de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento. | Numero de informes del mejoramiento institucional | SI |
| Fomentar la cultura de mejoramiento continuo hacia estándares superiores de calidad, con una metodología formal y permanente, analizando a profundidad los patrones no deseados, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. | Proporción de servicios con reunión de autocontrol. | SI |
| Mejorar las habilidades de autogestión de los procesos. | Proporción de servicios con reunión de autocontrol. | SI |
| Mejorar procesos de inducción y reinducción. | Certificación control de asistencia. Las encuestas y tabulación de encuestas | SI |
| Aplicar encuesta para funcionarios interesados en el Diplomado. | Encuesta para identificar personas facilitadores en Docencia | SI |
| Ejecutar el PIC (Plan Institucional de Capacitaciones). | Control de asistencia | SI |
| Brindar educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización. | | SI |
| Brindar apoyo a la restructuración del nuevo personal de planta. | Nuevo personal adherido a la planta | SI |
| Velar por la suficiencia del talento humano en relación con el portafolio y la demanda de | | SI |

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|-------------------------------|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | |  | |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 14 de 37</p> |



| | | |
|--|--|----|
| servicios. | | |
| Realizar evaluación e intervención del clima organizacional. | Encuesta realizada e informe de clima organizacional. | SI |
| Cargar a tiempo los documentos requeridos en cada una de las etapas del proceso en la plataforma SIA observa y SECOP. | cargue del 100% de información en SIA observa y SECOP | SI |
| Realizar la trazabilidad detallada y consolidada de los documentos requeridos para la contratación. | Informe de la revisión de la documentación requerida para la contratación. | SI |
| Fortalecer los estudios de mercado | Estudios previos revisados. | SI |
| Actualización del manual de contratación | Documento actualizado del manual de contratación. | SI |
| Defensa judicial oportuna | 100% | SI |
| Ajustar las condiciones de la contratación de prestación de servicios profesionales (Administrativos – asistenciales) | 100% | SI |
| Interrelacionar permanentemente la defensa judicial con las distintas áreas de la entidad. | 100% | SI |
| Actualizar el manual de procedimientos contractual en la entidad, el cual permita establecer aspectos específicos a desarrollar en cada una de las etapas precontractuales que se adelantan en aras de dar cumplimiento a las necesidades que surgen en las diferentes áreas de las mismas. | 100% | SI |
| Adelantar un estudio técnico y financiero que permita definir la contratación del personal asistencial que presta sus servicios a la entidad, teniendo en cuenta lo consagrado en la sentencia 171 de 2012, es decir se logre establecer la viabilidad de seguir adelantando su contratación a través de los gremios sindicales, trabajos temporales o a través de personal de planta o cualquier medio contractual idóneo que permita prevenir el daño antijurídico a la entidad. | 100% | SI |

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|-------------------------------|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | |  | |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATEGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 15 de 37</p> |



| | | |
|---|----------------------------|----|
| Establecer un estudio técnico que permita actualizar y modificar el manual de contratación de la ESE Carmen Emilia Ospina, con el fin de premiar el daño antijurídico a la entidad. | 100% | SI |
| Adaptar una oficina virtual con equipo computo, software, agenda virtual e impresora, que sirve de herramienta para llevar acabo las audiencias programadas y realizar seguimiento a los procesos que se adelantan por los abogados de defensa judicial que actúan en representación de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA | 100% | SI |
| Establecer formatos dirigidos a los miembros de la junta en los que se establezcan las inhabilidades e incompatibilidad, conflicto de intereses e identificación del SARLAFT. | 100% | SI |
| Establecer dentro del reglamento de la junta directiva, la función, el término y objetivos para que los miembros evalúen las políticas institucionales y generen cambios. | | NO |
| Gestionar y brindar el apoyo necesario para la terminación de la obra de la fase 1 del centro de Atención Integral Materno Infantil "CAIMI" en articulación con los entes territoriales. | 1 PROYECTO GESTIONADO | SI |
| Gestionar y brindar el apoyo necesario para la ejecución del proyecto de ampliación del hospital de Palmas, en articulación con los entes territoriales. | 1 PROYECTO GESTIONADO | NO |
| Gestionar y brindar el apoyo necesario para la ejecución del proyecto del puesto de salud del corregimiento de Aipecito, en articulación con los entes territoriales. | Centro de Salud Construido | SI |
| Gestionar y brindar el apoyo necesario para la ejecución del proyecto de la segunda fase del centro de atención integral materno Infantil "CAIMI", en articulación con los entes territoriales. | 1 Proyectos gestionados | NO |

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|-------------------------------|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | |  | |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 16 de 37</p> |



| | | |
|---|---|----|
| Adquirir equipos biomédicos para el fortalecimiento de la prestación de los servicios tales como equipos de los rayos x. | Este año fueron entregados a la sede de Aipecito los equipos biomédicos y de odontología adquiridos en la vigencia 2021. | NO |
| Gestionar la realización de los estudios y diseños de la planta de tratamiento de aguas residuales de las sedes Canaima, IPC y Palmas, en articulación con los entes territoriales. | Se tienen los diseños y se contrató la caracterización de aguas residuales de 10 sedes habilitadas. Cumpliendo así con el decreto 3930 de 2010. | SI |
| Gestionar los recursos y adelantar los diseños de las plantas de tratamientos de aguas residuales en la sede de la ESE CEO en donde se requiera. | Se tienen los diseños y se contrató la caracterización de aguas residuales de 10 sedes habilitadas. Cumpliendo así con el decreto 3930 de 2010. | SI |
| Optimizar el plan de mantenimiento Hospitalario de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA. | (Número de actividades realizadas/ actividades programadas)*100 | SI |
| Apoyar la supervisión para la ejecución de la metrología de los equipos biomédicos de la ESE CEO. | (Número de actividades realizadas/ actividades programadas)*100 | SI |
| Actualizar los planes de emergencia de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA. | No PHE elaborados /No PHE actualizados X 100 | SI |
| Mantener actualizado el sistema de gestión de salud y seguridad del trabajo superior al 90%. | No. De actividades programadas/No de actividades ejecutadas | SI |
| Fortalecer la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares de la ESE CEO para la disminución de los factores ambientales. | No. total residuos (peligros, ordinarios, reciclables) /total de residuos generados *100. | SI |
| Fomentar una cultura ecológica ambiental en la ESE CARMEN EMILIA OSPINA | No Actividades ambientales ejecutadas/actividades ambientales programadas X100. | SI |
| Gestionar el cumplimiento de la normatividad en competencia del área ambiental. | No. de criterios normativos ambientales cumplidos /No total de criterios normativos ambientales X100. | SI |
| Liderar la formulación, monitorización y evaluación del plan de desarrollo a través de la metodología participativa. | Actas de seguimiento mensual e informe trimestral ante la gerencia. | SI |
| Brindar apoyo a la gerencia en la planeación de la plataforma estratégica. | Plataforma estratégica. | |

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|-------------------------------|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | |  | |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 17 de 37</p> |



| | | |
|---|---|----|
| | | SI |
| Apoyar a la gerencia en la creación e implementación de la oficina de mercadeo para el fortalecimiento financiero. | Avances de consolidación de la oficina de mercadeo. | NO |
| Socializar una vez aprobado por la junta directiva el plan de desarrollo a todo el equipo directivo, formalizando las responsabilidades operativas. | Plan de desarrollo y plan de acción aprobada y socializado. | SI |
| Definir el plan de gestión acorde con la normatividad vigente. | Plan de gestión | SI |
| Realizar seguimiento y verificación del cumplimiento del plan de gestión a través de los indicadores. | Actas de seguimiento a los indicadores del plan de gestión. | SI |
| Realizar el respectivo plan de mejoramiento que involucre al personal que ha incumplido las actividades descritas en el plan de gestión gerencial. | No. de plan de mejoramiento por proceso. | SI |
| Reportar informe en el tiempo oportuno. | Informe de gestión reportado | SI |
| Actualizar el Normograma | Normograma actualizado | SI |
| Realizar los ajustes necesarios a los proyectos | Página Web del ministerio /proyectos definidos | SI |
| Realizar seguimientos a los proyectos inscritos | Registro de inscripción | SI |
| Actualización y/o elaboración de proyectos | Proyectos | SI |
| Seguimiento a los proyectos | Proyectos | SI |
| Corrección de los errores en los proyectos | Plan de mejoramiento por proceso. | SI |
| Priorizar los proyectos de acuerdo a las necesidades | Actas/Archivo | SI |
| Revisar diariamente la página de consultor salud y realizar el despliegue de esta información a cada uno de los procesos. | Normatividad de consultor salud enviada al correo institucional de la ESE Carmen Emilia Ospina. | SI |
| Actualizar de manera mensual el normograma institucional, en el formato establecido por la ESE Carmen Emilia Ospina. | Normograma actualizado | SI |

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|-------------------------------|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | |  | |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 18 de 37</p> |



| | | |
|--|--|----|
| Verificar el cumplimiento mensual de la implementación de la normatividad legal vigente por cada líder. | Informe de auditoria | SI |
| Garantizar el cumplimiento oportuno de las actualizaciones correspondientes en cada uno de los sistemas de información indigo y simad con los que cuenta la ese Carmen Emilia Ospina | No. Actualizaciones programadas/No. Actualizaciones realizadas | SI |
| Analizar los riesgos asociados al uso de la tecnología y adquisición de herramientas tecnológicas. | No. de riesgos analizados/No. de riesgos mitigados | SI |
| Crear políticas organizacionales para la implementación, evaluación, adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología. | No. de políticas solicitadas/No de políticas entregadas | SI |
| Diseñar un proceso para la implementación y evaluación de la seguridad del uso de la tecnología al interior de la ESE Carmen Emilia Ospina. | No. de manuales planteados/ No. de manual implementado. | SI |
| Realizar soporte técnico de los equipos dispuestos en los diferentes puntos de atención, de tal forma que se garanticen el buen funcionamiento de los mismos. | No. de actividades programadas /No. de actividades ejecutadas. | SI |
| Documentar el plan de capacidad, monitorización de uso y rendimiento de la infraestructura TIC de alta disponibilidad, consistente, de desempeño eficiente y seguro. | No de procesos proyectados para documentación/No de procesos documentados 100% | SI |
| Renovación tecnológica para suplir las necesidades y brindar un mejor servicio a la comunidad. | Número de equipos obsoletos/Número de equipos nuevos. | SI |
| Elaboración de plan de diagnóstico de redes categoría 5 a categoría 6A en cada uno de los centros de salud de la Ese Carmen Emilia Ospina. | Plan elaborado | NO |
| Diseñar, elaborar e implementar el procedimiento de custodia de los activos de información. | Procedimiento elaborado | SI |

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|------------------|---|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | | |  |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 19 de 37</p> |

| | | |
|--|--|----|
| Elaborar y adoptar el procedimiento para la integridad, disponibilidad y preservación de los activos de información. | Procedimiento elaborado | SI |
| Elaboración de plan de diagnóstico de los sistemas de comunicación rural. | Diagnóstico elaborado | SI |
| Realizar el diagnostico comunicacional de la ESE por medio de la aplicación de encuesta. | Análisis de encuesta aplicadas | SI |
| Diagnosticar el estado de la comunicación al interior y exterior de la institución. | Diagnóstico de comunicaciones | SI |
| Divulgar para su implementación la estrategia de comunicación de la ESE Carmen Emilia Ospina. | Comunicaciones internas (SIMAD) | SI |
| Construir la política de las comunicaciones de acuerdo a las necesidades de la institución, definiendo los lineamientos que permitan mejorar la comunicación desde los directivos hacia los funcionarios, desde los jefes de procesos hacia los funcionarios, desde los funcionarios a otros funcionarios y desde la institución a la comunidad. | Políticas establecidas, aprobadas e implementada en el mapa de procesos. | SI |
| Actualizar el manual de imagen e identidad corporativa de la institución. | Manual de imagen actualizado en mapa de procesos. | SI |
| Actualizar el manual de comunicaciones de la ESE Carmen Emilia Ospina. | Manual de comunicaciones actualizado en el mapa de procesos. | SI |
| Establecer un plan de medio de comunicación de ESE Carmen Emilia Ospina. | Plan de medios propuestos /plan de medio ejecutados. | NO |
| Evaluar la efectividad de los mensajes transmitidos por medios de comunicación. | Actas de reunión | SI |
| Lograr el reconocimiento y mejora de la imagen a través de la participación y/o el desarrollo de campañas y actividades desarrolladas al interior y exterior de la institución. | Registro fotográficos de las actividades. | SI |
| Establecer la emisión de boletines de prensa interna y externos. | SIMAD/correo electrónico | SI |

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|-------------------------------|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | |  | |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 20 de 37</p> |

| | | |
|---|---|-----------|
| <p>Construir el boletín entes ESE de la ESE Carmen Emilia Ospina que recopile la información trimestral más importante para ser emitido de manera interna y externa.</p> | <p>Boletín Enter ESE</p> | <p>SI</p> |
| <p>Actualizar la página web de la institución.</p> | <p>Cronograma de actualizaciones y seguimiento.</p> | <p>SI</p> |
| <p>Actualizar la página de intranet de la institución.</p> | <p>Cronograma de actualizaciones y seguimiento</p> | <p>SI</p> |
| <p>Actualizar la cartelera físicas dispuestas en los diferentes centros de atención.</p> | <p>Cronograma de actualizaciones y seguimiento</p> | <p>SI</p> |
| <p>Actualizar las pantallas digitales dispuestas en los diferentes centros de atención.</p> | <p>Cronograma de actualizaciones y seguimiento.</p> | <p>SI</p> |
| <p>Actualizar la fan page de la ESE Carmen Emilia Ospina.</p> | <p>Publicaciones en Fan-Page.</p> | <p>SI</p> |
| <p>Implantar la estrategia para el desarrollo de la audiencia pública de rendición de cuentas de la ESE Carmen Emilia Ospina.</p> | <p>Acta de ejecución de audiencia pública.</p> | <p>SI</p> |
| <p>Diseñar el instrumento que permita presentar a organismo de control, EPS, IPS, empresas del sector público y privado y comunidad en general los servicios habilitados dentro de la institución, que defina los horarios y puntos de atención efectivos por cada servicio.</p> | <p>Portafolio de servicios en mapa de procesos.</p> | <p>SI</p> |
| <p>Actualizar la información presente e link de transparencia y acceso a la información pública correspondiente a los enlaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mecanismo de contacto - Información de interés - Estructura orgánica y de talento humano - Accesibilidad a la web - Transparencia Covid 19 <p>De tal forma que las visitas a este espacio sean agradables y la información este detallada, vigente y clara.</p> | <p>Información actualizada los respectivos enlaces.</p> | <p>SI</p> |

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|-------------------------------|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | |  | |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 21 de 37</p> |

| | | |
|--|--|----|
| Establecer una propuesta valor para la entidad soportada en la cultura organizacional, infraestructura, manejo seguro y eficiente de los sistemas de información y las comunicaciones y, atención preferencia y de calidad. | Propuesta valor establecida | SI |
| Fortalecer la comunicación entre los líderes comunitarios y la institución mediante la construcción de una herramienta de comunicación que permita la divulgación de información de manera eficiente y la retroalimentación de las mismas. Teniendo en cuenta la base de los datos de los líderes comunitarios de Neiva. | Herramientas de comunicación diseñada. | SI |
| Implementar nuevas estrategias que garanticen la comunicación efectiva del usuario con la institución. | Formulación de estrategias | SI |
| Realizar recopilación de todas las manifestaciones recibidas por los canales al usuario. | 100% | SI |
| Capacitar al personal que labora con el proceso de atención al usuario (auxiliares administrativas de la central de orientación e información y convenios, auxiliares administrativas del siau en cada uno de los centros de salud de la ESE CEO. | 100% | SI |
| Articular con la EAPB por medio de los canales de comunicación una mejor oportunidad de atención de nuestros usuarios. | 95% | SI |
| Realizar las mesas de trabajo, convenios, nuevos proyectos con las diferentes instituciones garantizando prestación de servicio con calidad. | Mesas de trabajo | SI |

Numero de estrategias ejecutadas * 100 / Numero de estrategias programadas.

Estrategia ejecutadas 107 * 100 / estrategias programadas 115 = 93%

| | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|------------------------|
|  CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small> | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |  | |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 | PÁGINA 22 de 37 |

INDICADOR 4: Riesgo fiscal y financiero:

| | |
|----------------------|--|
| Indicador (4) | Riesgo fiscal y financiero |
| Formula | Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero |

Según los lineamientos establecidos en el artículo 6 de la resolución 856 del 2020, Por medio de la cual se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID-19; el indicador de riesgo fiscal y financiero no fue evaluado para la vigencia 2022 razón por la cual, el indicador mencionado es calificado sobre 5.0.

3.2 FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA: Los indicadores a evaluar son:

INDICADOR 5: Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida


| | | | |
|---|--|------------------|-----------------------|
| Indicador (5) | Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida | | |
| Formula | Gasto comprometido en el año evaluado, sin cuentas por pagar / No. UVR producidas en el año evaluado / Gasto comprometido en el año anterior sin cuentas por pagar, a precios constantes / No. UVR producidas en el año anterior | | |
| Estándar Propuesto | LINEA DE BASE | META | RESULTADO META |
| | | 2022 | 2022 |
| Para el año 2022: Menor a 0,90 | 0,81 | < 0,90 | 0,99 |

Fuente de verificación: Ficha técnica SIHO, Certificación sugerente Técnico científica.

Establece el Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado), sobre el/No. De UVR Producidas en la vigencia) y lo compara con la vigencia anterior. Las Unidades de Valor relativo producida, la homologa por nivel de atención, con el fin de uniformar la producción de los hospitales y permite inferir los costos de la producción.

Desarrollo del indicador

Gasto comprometido en el año evaluado, sin cuentas por pagar / No. UVR producidas en el año evaluado / Gasto comprometido en el año anterior sin cuentas por pagar, a precios constantes / No. UVR producidas en el año anterior. De acuerdo con la información procesada por el Ministerio de salud, según metodología SIHO y de acuerdo con la información del 2193 reportada por la ESE CEO, en los años 2021 y 2022, que se presenta a continuación:

| | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------|---|
|  CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |  |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 |
| PÁGINA 23 de 37 | | | |

| Variable | 2021 | 2022 |
|--|-----------|-----------|
| Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 16.184,31 | 16.085,11 |
| Gasto de personal por UVR (\$) | 9.317,41 | 9.155,51 |

Fuente: Ficha técnica SIHO Ministerio Salud

- Gasto comprometido en el año evaluado, sin cuentas por pagar / No. UVR producidas en el año evaluado = 16.085,11
- Gasto comprometido en el año anterior sin cuentas por pagar, a precios constantes / No. UVR producidas en el año anterior = 16.184.31
- Evaluación del gasto por unidad UVR = $16.085,11/16.184.31 = 0.99$

Este indicador se cumple parcialmente.

Se anexa Ficha Técnica página SIHO, del Ministerio de Salud y Protección Social.



INDICADOR 6: Proporción de medicamento y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos; 1) compras conjuntas, 2) compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. 3) compra a través de mecanismos electrónicos.

| | | | |
|---------------------------------------|--|-------------|----------------|
| Indicador (6) | Proporción de medicamento y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos; 1) compras conjuntas, 2) compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. 3) compra a través de mecanismos electrónicos. | | |
| Formula | Valor total adquisiciones de medicamento y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos; a) compras conjuntas, b) compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. c) compra a través de mecanismos electrónicos / Valor total adquisiciones de la ESE por Medicamentos y Material Médico quirúrgico. | | |
| Estándar Propuesto | LINEA DE BASE | META | RESULTADO META |
| | | 2022 | 2022 |
| Para el año 2022: Mayor o igual a 0,7 | 0 | $\geq 0,70$ | 0 |

Fuente de verificación: Certificación Asesor Jurídico de Contratación.

Desarrollo del indicador

De acuerdo con la certificación del Coordinador Jurídico del área de contratación de la ESE Carmen Emilia Ospina (la cual se anexa), la empresa en la vigencia fiscal de 2022, no se realizó adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico mediante el mecanismo de

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|-------------------------------|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | |  | |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 24 de 37</p> |

compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado o mecanismos electrónicos, por lo tanto el resultado del indicador es cero (0).

Durante la vigencia fiscal del 2022, la empresa realizó adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico por valor de \$6.198.996.217, utilizando mecanismos diferentes a los anteriormente mencionados.

INDICADOR 7: Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de planta y por contratación de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.



El ESE Carmen Emilia Ospina cuenta con un capital humano con excelencia, y es primordial para el desarrollo y cumplimiento de los objetivos estratégicos y para la prestación de servicios, por lo tanto, se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación. La ESE Carmen Emilia Ospina, siempre ha cumplido con oportunidad en el pago de salarios. Es importante aclarar que el tiempo de 30 días para el pago de salarios de personal de planta y contratación de servicios, se empieza a contar a partir de la radicación de la cuenta, debidamente revisada y contabilizada como pasivo.

| Indicador (7) | Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior. | | |
|--|--|------|----------------|
| Formula | Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación {(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto de la evolución) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de Diciembre de la vigencia anterior en valores constantes)} | | |
| Estándar Propuesto | LINEA DE BASE | META | RESULTADO META |
| | | 2022 | 2022 |
| Para el año 2022: Cero (0) o variación negativa | 0 | 0 | 0 |

Fuente de verificación: Certificación Revisor Fiscal

Desarrollo del Indicador:

Para la vigencia Fiscal 2022, la ESE Carmen Emilia Ospina, cumplió a cabalidad con el pago oportuno de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, como

| | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|------------------------|
|  CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small> | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |  | |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 | PÁGINA 25 de 37 |

lo certifica el Dr. ARNUZ OROZCO QUINTERO, Revisor Fiscal de la ESE CEO con fecha de 16 de febrero de 2023 (la cual se anexa), Por lo tanto el desarrollo del indicador es cero (0).

INDICADOR 8: Utilización de información de Registro Individual de prestaciones – RIPS.

Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades. Resolución 3374 de 2000.



El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. Razón por la cual se deben hacer incesantes esfuerzos para obtener información del Sistema de Información actual que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud.

| Indicador (8) | Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones – RIPS | | |
|------------------------------|--|------|----------------|
| Formula | Número de informes de análisis de prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia | | |
| Estándar Propuesto | LINEA DE BASE | META | RESULTADO META |
| | | 2022 | 2022 |
| Para el año 2022: 4 informes | 4 | 4 | 4 |

Desarrollo del indicador:

En la vigencia fiscal del 2022, se presentaron y sustentaron ante la Junta Directiva, cuatro (4) informes de prestación de servicios utilizando la información de registro individual de prestación de servicios RIPS, como lo certifica el Coordinador de Planeación de la ESE así:

- Informe N° 1: Presentado en la sesión de Junta Directiva del 28 de febrero de 2022 que corresponde al cuarto (4) trimestre del año 2021.
- Informe N° 2: Presentado en la sesión de Junta Directiva del 28 de julio de 2022 que corresponde al primer (1) trimestre del año 2022.
- Informe N° 3: Presentado en la sesión de Junta Directiva del 24 de noviembre de 2022 que corresponde al segundo (2) trimestre del año 2022.
- Informe N° 4: Presentado en la sesión de Junta Directiva del 14 de diciembre de 2022 que corresponde al tercer (3) trimestre del año 2022.

| | | | | |
|--|---|-----------------------------|-----------|---|
|  CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small> | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | |  |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 | PÁGINA 26 de 37 |

Según certificación con fecha de 04 de marzo de 2023 del coordinador de planeación y actas de juntas directivas de la ESE CEO.

INDICADOR 9: Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos de la empresa, incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, frente al recaudo por concepto de ingresos efectivamente recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores. Para el año 2022 el indicador se ubicó en 0.95.

| Indicador (9) | Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo | | |
|------------------------------|---|------------|----------------|
| Formula | Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de c x c vigencias anteriores) / valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores. | | |
| Estándar Propuesto | LINEA DE BASE | META | RESULTADO META |
| | | 2022 | 2022 |
| Para el año 2022: $\geq 1,0$ | 1,03 | $\geq 1,0$ | 0.95 |

Fuente de verificación: Ficha Técnica SIHO, Certificación de Gestor de Presupuesto



Desarrollo del Indicador:

Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CXC vigencias anteriores) / valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores. De acuerdo con la información procesada por el Ministerio de salud, según metodología SIHO y de acuerdo con la información del 2193 reportada por la ESE CEO, el indicador se ubica en 0.95 como se observa en el pantallazo de la ficha técnica del SIHO.

| EQUILIBRIO Y EFICIENCIA | | | | |
|--|------|------|------|------|
| Variable | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| Equilibrio presupuestal con reconocimiento | 1,31 | 1,41 | 1,35 | 1,19 |
| Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 1,13 | 1,15 | 1,11 | 0,95 |

Fuente: Ficha técnica SIHO Ministerio Salud

Se anexa Ficha Técnica página SIHO, del Ministerio de Salud y Protección Social.

| | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------|---|------------------------|
|  CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |  | |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 | PÁGINA 27 de 37 |

INDICADOR 10: Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud o la norma que la sustituya:

Con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, se reporta información relacionada con indicadores de calidad y financieros a la Superintendencia Nacional de Salud.

| | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------|----------------|
| Indicador (10) | Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud o la norma que la sustituya | | |
| Formula | Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente | | |
| Estándar Propuesto | LINEA DE BASE | META | RESULTADO META |
| | | 2022 | 2022 |
| Para el año 2022: Pleno Cumplimiento | Pleno Cumplimiento | Pleno Cumplimiento | No Cumple |

Fuente de verificación: Reporte de SUPERSALUD

Desarrollo del Indicador:

Respecto al seguimiento al indicador 10 de la Superintendencia Nacional de Salud cuyo resultado para la en el momento de cargue de la información en la plataforma correspondiente, frente a la cual se realizaron gestiones para ajustes pero no fue posible la actualización en plataforma. (Se anexa reporte de la Supersalud).



| NIT | RAZÓN SOCIAL | Indicador 2 | Indicador 10 |
|-----------|--------------------------------------|---|---|
| | | Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad | Oportunidad en la entrega del reporte de información en Cumplimiento de la Circular Única o norma que la sustituya. |
| 813005265 | E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA DE NEIVA | 0.925 | NO CUMPLE |

INDICADOR 11: Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

La ESE Carmen Emilia Ospina, cumple con los plazos establecidos de reporte, se fortalece la consistencia de información mediante la revisión y depuración del dato.






| | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------|---|------------------------|
|  CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |  | |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 | PÁGINA 28 de 37 |

| Indicador (11) | Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya. | | |
|--------------------------------------|--|--------------------|--------------------|
| Formula | Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente | | |
| Estándar Propuesto | LINEA DE BASE | META | RESULTADO META |
| | | 2022 | 2022 |
| Para el año 2022: Pleno Cumplimiento | Pleno Cumplimiento | Pleno Cumplimiento | Pleno Cumplimiento |

Fuente de verificación: Reporte de entrega trimestral al Ministerio SIHO, Certificación Asesor de Control Interno.




La ESE CEO, cumplió la entrega de información así: el 1° trimestre el 2022/05/19, 2° trimestre el 2022/08/22, 3° trimestre el 2022/12/05 y 4° trimestre el 2023/03/05, dando cumplimiento en forma oportuna con lo dispuesto en el decreto 2193.



← → ↻ prestadores.minsalud.gov.co/SIHO/vistas/periodosPresentados.aspx?pageTitle=Periodos+Presentados&pageHlp=

PERIODOS PRESENTADOS

REPORTE DE ENTREGA TRIMESTRAL AL MINISTERIO

 Formulario No Entregados
 Formulario Devueltos

(1) registros encontrados.

| Departamento | Municipio | Código Habilitación | Nombre | 2022-03 | 2022-06 | 2022-09 | 2022-12 |
|--------------|-----------|---------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Huila | NEIVA | 4100100451 | ESE CARMEN EMILIA OSPINA | 2022/05/19 (16:33:24) | 2022/08/22 (16:51:45) | 2022/12/05 (14:40:10) | 2023/03/05 (22:20:07) |

Se cuenta con certificación de cumplimiento por parte de área de control interno.

3.3 CLINICA O ASISTENCIAL: Los indicadores a evaluar son:

Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los subprocesos misionales, dentro de los cuales se encuentra la Gestión Ambulatoria, Gestión de urgencias, Gestión de detección temprana y protección específica, en concordancia con el nivel de complejidad y portafolio de servicios encaminado al cumplimiento de la misión institucional.

INDICADOR 12: Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

Con el fin de promover procesos internos relacionados con el mejoramiento de la salud materna y perinatal que conlleven a cumplir la meta municipal de reducción de la

| | | |
|---|---|---|
|  CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad | FORMATO INFORME DE GESTIÓN |  |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 |
| V1 | PÁGINA 29 de 37 | |

morbimortalidad materna, se hace necesario captar oportunamente las mujeres gestantes que deseen llevar a término su gestación.

| Indicador (12) | Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación | | |
|-------------------------------|--|------|----------------|
| Formula | Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de la evaluación | | |
| Estándar Propuesto | LINEA DE BASE | META | RESULTADO META |
| | | 2022 | 2022 |
| Para el año 2022: $\geq 0,85$ | 0,75 | 0,85 | 0.90 |

Fuente de verificación: Certificación subgerente Técnico Científica.

Desarrollo del Indicador:



NUMERADOR: Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el programa de control prenatal de la ESE CEO, a más tardar en la semana 12 de gestación.

DENOMINADOR: Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación.

| | PERIODO | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|------------|
| | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Total 2022 |
| META | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 |
| RESULTADO 2021 | 0,68 | 0,86 | 0,92 | 0,94 | 0,85 | 0,87 | 0,92 | 0,87 | 0,86 | 0,92 | 0,86 | 0,86 | 0,87 |
| RESULTADO 2022 | 0,87 | 0,84 | 0,86 | 0,92 | 0,94 | 0,90 | 0,90 | 0,90 | 0,92 | 0,86 | 0,93 | 0,93 | 0,90 |
| Dato del numerador | 136 | 116 | 135 | 124 | 120 | 121 | 131 | 108 | 112 | 101 | 118 | 110 | 1432 |
| Dato del denominador | 157 | 138 | 157 | 135 | 127 | 134 | 145 | 120 | 122 | 117 | 127 | 118 | 1597 |

METODOLOGÍA: Para calcular el indicador y como direccionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, se incluyeron las usuarias que no aceptan el embarazo, usuarias que planifican o presentan ciclo menstrual irregular, por lo cual no tiene la certeza de la fecha de la última menstruación y/o de sintomatología presuntiva de embarazo. Se excluyeron a las gestantes que pertenecen a otra EAPB, usuaria proveniente de otro Departamento - Municipio o IPS, usuaria sin aseguramiento o inconvenientes de afiliación y usuarias de zonas rurales muy dispersas donde no se cuenta con presencia institucional.

ANÁLISIS: Durante el año 2022, el comportamiento del indicador “Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación” fue adecuado y optimo excepto en el mes de febrero el cual estuvo muy por debajo de la meta establecida, sin embargo, los demás meses se logró mantener por encima de la meta establecida lo que demuestra que se ha trabajado

| | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|------------------------|
|  CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small> | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |  | |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 | PÁGINA 30 de 37 |

en la adherencia a la ruta de maternidad lo que ha permitido brindar una atención adecuada a las gestantes capitadas.

Lo anterior se logra mediante capacitación constante al personal asistencial de los diferentes servicios institucionales, enfocando la demanda inducida a los programas de planificación, atención preconcepcional y promoción del ingreso temprano al control prenatal, disminución de las barreras para el acceso a pruebas de embarazo, ingreso al programa de control prenatal con pruebas extrainstitucionales y caseras que posteriormente son confirmadas con pruebas institucionales, demanda inducida institucional a la población con pruebas de embarazo positivas, gestión del agendamiento con priorización de la población materna y fortalecimiento de los conocimientos de los profesionales encargados de la atención en la ruta materno perinatal.

Se cuenta con certificación del área técnica científica sobre el cumplimiento del indicador en el 0,90.

INDICADOR 13: Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.


Este indicador evalúa la efectividad del control prenatal razón por la cual es importante fortalecer las auditorías clínicas para monitorizar la calidad de la prestación de los servicios y así mantener en cero (0) el indicador.

| Indicador (13) | Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE. | | |
|---------------------------|--|------|----------------|
| Formula | Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia. | | |
| Estándar Propuesto | LINEA DE BASE | META | RESULTADO META |
| | | 2022 | 2022 |
| Para el año 2022: 0 casos | 0 | 0 | 0 |

Fuente de verificación: Certificación Subgerente Técnico Científica

Desarrollo del Indicador:

Para la vigencia fiscal del 2022 se atendieron un total de 12 partos en la ESE Carmen Emilia Ospina, de los cuales ninguno se presentaron eventos relacionados con sífilis congénita, las gestantes atendidas no presentaron antecedentes de sífilis gestacional. Se anexa certificación del área técnico científica sobre el cumplimiento de este indicador.

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|-------------------------------|
|  <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | |  | |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 31 de 37</p> |

INDICADOR 14: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de manejo de enfermedades hipertensivas.

| Indicador (14) | Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de manejo de enfermedades hipertensivas | | |
|--------------------|--|--------|----------------|
| Formula | Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedades hipertensivas adoptadas por la ESE / Total historia clínicas auditadas de la muestra representativas de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación. | | |
| Estándar Propuesto | LINEA DE BASE | META | RESULTADO META |
| | | 2022 | 2022 |
| ≥ 0,90 | 0,9 | ≥ 0,90 | 0.92 |



Fuente de verificación: Certificación Subgerente Técnico Científica

Desarrollo del Indicador:

| | |
|-------------|---|
| Numerador | Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la E.S.E |
| Denominador | Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la E.S.E. en la vigencia objeto de evaluación |

| DATOS OBTENIDOS | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|
| | PERIODO | | | | | | | | | | | | |
| | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | TOTAL |
| META | 0,90 | 0,90 | 0,90 | 0,90 | 0,90 | 0,90 | 0,90 | 0,90 | 0,90 | 0,90 | 0,90 | 0,90 | 0,90 |
| RESULTADO 2021 | 0,78 | 0,83 | 0,89 | 0,90 | 0,93 | 0,93 | 0,90 | 1,00 | 0,90 | 0,95 | 0,90 | 0,92 | 0,90 |
| RESULTADO 2022 | 0,93 | 0,90 | 0,93 | 0,90 | 0,93 | 0,90 | 0,87 | 0,90 | 0,93 | 0,90 | 0,97 | 0,93 | 0,92 |
| Datos numerador | 28 | 27 | 28 | 27 | 28 | 27 | 26 | 27 | 28 | 27 | 29 | 28 | 330 |
| Dato del denominador | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 360 |

Durante el año 2022, el comportamiento del indicador estuvo dentro de la meta esperada o superior excepto en el mes de julio, posteriormente se tomaron acciones de mejora, sin embargo, durante todo el año 2022 se realizaron ajustes correspondientes con el fin de impactar positivamente en el indicador. Entre las estrategias desarrolladas están: La modificación del instrumento utilizado para la evaluación, adaptándolo al nuevo lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud para personas con riesgo o

| | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|------------------------|
|  CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small> | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |  | |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 | PÁGINA 32 de 37 |

presencia de alteraciones cardio-cerebro-vascular-metabólicas Manifiestas, se realizó capacitación constante sobre adherencia a la guía de práctica clínica de HTA, la socialización de los hallazgos de las auditorías realizadas a los jefes de zona y agremiaciones, la constante comunicación y retroalimentación con los médicos del programa RCV sobre la manera correcta de diligenciar la historia clínica y de formular a los usuarios con HTA y DM, por medio de imágenes, mensajes constantes y un canal abierto de comunicación para facilitar así la resolución de las dudas que surgen dentro de las consultas.


INDICADOR 15: Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo

| Indicador (15) | Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo | | |
|-------------------------------|--|------|----------------|
| Formula | Número de Historias Clínicas que hacen parte de muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo / Numero de Historias clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de Crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia | | |
| Estándar Propuesto | LINEA DE BASE | META | RESULTADO META |
| | | 2022 | 2022 |
| Para el año 2022: $\geq 0,80$ | $\geq 0,90$ | 0,80 | 0,87 |

Fuente de verificación: Certificación Subgerente Técnico Científica

| | |
|-------------|--|
| Numerador | Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se les aplicó estrictamente de la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo |
| Denominador | Número de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la E.S.E en la vigencia |

Desarrollo del Indicador:

| | | | |
|---|---|-----------------------------|---|
|  CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |  |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 |
| PÁGINA 33 de 37 | | | |

| DATOS OBTENIDOS | | | | | |
|----------------------|-------------|--------------|---------------|--------------|------------|
| PERIODO | | | | | |
| | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | TOTAL 2022 |
| META | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| RESULTADO | 90% | 88% | 84% | 85% | 87% |
| Dato del numerador | 18 | 22 | 20,2 | 11,9 | 72,1 |
| Dato del denominador | 20 | 25 | 24 | 14 | 83 |

Fuente: Resultados ficha GC-S1-F2 evaluación indicador vigencia 2022



Para la vigencia 2022 los profesionales de: Medicina General y de Enfermería demostraron tener conocimientos en la aplicabilidad de la consulta de Crecimiento y Desarrollo, razón por la cual el comportamiento en el indicador fue superior a la meta esperada en 7 puntos porcentuales: 0.87

Este cumplimiento obedeció a los planes de capacitaciones (7 sesiones) realizado al personal médico y de enfermería en el año 2022 y notificaciones periódicas a la Agremiación sobre el resultado de las auditorias para retroalimentación del personal y realización de compromisos por el profesional. Lo anterior denota el mejoramiento continuo y la adherencia a guía en menores de 10 años lo que repercute positivamente en la atención a este grupo poblacional.

INDICADOR 16: Reingresos por el servicio de urgencias

| | | | |
|---|---|-------------------------------|-----------------------|
| Indicador (16) | Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas | | |
| Formula | Número de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas que hacen parte de la muestra representativa / Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa | | |
| Estándar Propuesto | LINEA DE BASE | META | RESULTADO META |
| | | 2022 | 2022 |
| Para el año 2022: $\leq 0,03$ | 0,003 | $\leq 0,03$ | 0,013 |

Fuente de Verificación: Ficha Técnica SIHO, certificación coordinadora de calidad.

| | | | |
|---|---|-----------------------------|---|
|  CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |  |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 |
| PÁGINA 34 de 37 | | | |

Desarrollo del Indicador:

| | |
|-------------|--|
| Numerador | Número de Consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor a 24 y menor de 72 horas |
| Denominador | Total de Consultas del servicio de urgencias durante el periodo |

Comportamiento del indicador para todo el período del año 2022

| 2022 | PERIODO | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---------|---------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|--------|
| | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | TOTAL |
| META | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 |
| RESULTADO 2022 | 0,02 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,02 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,01 |
| Dato del numerador | 192 | 131 | 162 | 130 | 185 | 205 | 99 | 129 | 84 | 217 | 266 | 221 | 2021 |
| Dato del denominador | 11618 | 9692 | 12.187 | 10062 | 13292 | 13029 | 13985 | 13817 | 12323 | 12369 | 12966 | 12508 | 147848 |

El indicador se encuentra dentro la meta esperada, lo que es resultado de un trabajo mensual de análisis de todas las historias con reingresos donde se verifica la causa de reingreso, las cuales pueden ser debidas a la evolución esperada de la enfermedad, a situaciones del paciente como no adherencia al tratamiento, ansiedad o consultado crónico, debidos a fallas del sistema de salud externas a la institución o una falla de la ESE Carmen Emilia, cuando se evidencia una falla de estas se establecen acciones de mejora, esto ha hecho que los reingresos por causa de la institución se presenten de manera muy escasa.

Se anexa pantallazo de Ficha Técnica SIHO.

| CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016) | |
|---|-------|
| Variable | 2022 |
| % pacientes atendidos por urgencias remitidos | 7,67 |
| Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos | 5 |
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016). | 1,343 |
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 0,013 |

INDICADOR 17: Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general

| | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|------------------------|
|  CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small> | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |  | |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 | PÁGINA 35 de 37 |

| Indicador (17) | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general | | |
|-------------------------------|--|----------|----------------|
| Formula | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita./Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución. | | |
| Estándar Propuesto | LINEA DE BASE | META | RESULTADO META |
| | | 2022 | 2022 |
| Para el año 2022: ≤ 3 | 2,85 | ≤ 3 | 3,0 |



Fuente de Verificación: Ficha Técnica SIHO, certificación coordinadora Calidad.

Desarrollo del Indicador

| | |
|-------------|--|
| Numerador | Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó |
| Denominador | Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución |

| PERIODO | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|-------|-------|------|-------|------|--------|
| | Ene | Feb | Mar | Abr | Mayo | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | TOTAL |
| Meta | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Resultado | 2,3 | 2,6 | 2,7 | 3,1 | 2,7 | 2,6 | 2,2 | 3,9 | 5,1 | 3,5 | 4,7 | 4,1 | 3,0 |
| Dato del numerador | 17951 | 15060 | 14583 | 11930 | 10905 | 5673 | 5542 | 10139 | 12716 | 6866 | 12730 | 8763 | 132858 |
| Dato del denominador | 7761 | 5889 | 5446 | 3887 | 3982 | 2201 | 2509 | 2595 | 2508 | 1984 | 2686 | 2126 | 43574 |



En el año 2022 se implementa un comité técnico de análisis de la accesibilidad y la oportunidad, en el cual se establecen estrategias a fin de dar respuesta a la demanda de consulta para medicina general, estas estrategias consistieron en aumentar el número de personas para atender el call center, solicitud de citas por medios digitales como whatsapp, pagina web institucional, ampliar el número de horas de medico contratadas y realizar atenciones de medicina general los fines de semana, con estas estrategias se cumplió con la meta del indicador.

| | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|------------------------|
|  CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small> | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |  | |
| PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | CODIGO: GE-S1-F10 | VIGENCIA: 11/01/2023 | V1 | PÁGINA 36 de 37 |

| CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016) | |
|---|-------|
| Variable | 2022 |
| % pacientes atendidos por urgencias remitidos | 7,67 |
| Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos | 5 |
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016). | 1,343 |
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 0,013 |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 3,049 |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general | 3,013 |

Nota: Todas las certificaciones se encuentran en físico en la oficina de Planeación.

4. TABLERO DE INDICADORES PARA EVALUACION DE LA VIGENCIA 2022:

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|-------------------------------|
|  <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p> | <p align="center">FORMATO INFORME DE GESTIÓN</p> | |  | |
| <p>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</p> | <p>CODIGO: GE-S1-F10</p> | <p>VIGENCIA: 11/01/2023</p> | <p>V1</p> | <p>PÁGINA 37 de 37</p> |

ESE CARMEN EMILIA OSPINA

MATRIZ DE CALIFICACION PLAN DE GESTION AÑO 2022

| | RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN DEL DATO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR | RESOLUCIÓN | NOMBRE DEL INDICADOR | META | ANUAL | Calificación | ponderación | Resultado ponderado |
|-------------------------------|---|-------------|---|---|-----------------------------------|--------------|-------------|---------------------|
| Dirección y gerencia | Lider de calidad | 408 DE 2018 | Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior | 1,2 | 1,2 | | 0,05 | 0 |
| | Lider de calidad | 408 DE 2018 | Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud | 0,9 | 0,93 | | 0,05 | 0 |
| | Lider de planeación | 408 DE 2018 | Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional | 0,9 | 0,91 | | 0,1 | 0 |
| | Lider Financiero | 408 DE 2018 | Riesgo fiscal y financiero | Adopción del programa de saneamiento fiscal | (Art 6 de Res856/2020)-SIN RIESGO | | 0,05 | 0 |
| Financiera y administrativa | Lider Financiero | 408 DE 2018 | Evolución del gasto por unidad del valor relativo producida | <0,9 | 0.99 | | 0,05 | 0 |
| | Contratación | 408 DE 2018 | Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a. Compras conjuntas b. Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado c. Compras a través de mecanismos electrónicos | >=0,7 | 0 | | 0,05 | 0 |
| | Revisor Fiscal | 408 DE 2018 | Monto de deuda superior a 30 días por conceptos de salarios del personal de plata y por concepto de contratación de servicio, y variación del monto frente a la vigencia anterior | cero o variación negativa | 0 | | 0,05 | 0 |
| | Lider de planeación/TIC | 408 DE 2018 | Utilización de información del Registro individual de prestaciones RIPS | 4 informes | 4 | | 0,05 | 0 |
| | Lider Financiero | 408 DE 2018 | Resultado de equilibrio presupuestal con recaudo | >=1 | 0.95 | | 0,05 | 0 |
| | TIC Y Contadora Martha | 408 DE 2018 | Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que lo sustituya | Cumplimiento dentro de los términos previstos | no cumple | | 0,05 | 0 |
| | TIC Y Contadora Martha | 408 DE 2018 | Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto Único reglamentario del sector salud o la norma que lo sustituya. | Cumplimiento dentro de los términos previstos | Pleno cumplimiento | | 0,05 | 0 |
| Gestión clínica o asistencial | Subgerente tecnocientífica | 408 DE 2018 | P.1.1 Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación | 0,85 | 0,90 | | 0,08 | 0 |
| | Subgerente tecnocientífica | 408 DE 2018 | Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE | 0 | 0% | | 0,08 | 0 |
| | Subgerente tecnocientífica | 408 DE 2018 | Evaluación de aplicación a la guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva | 0,9 | 0,92 | | 0,07 | 0 |
| | Subgerente tecnocientífica | 408 DE 2018 | Evaluación de aplicación a la guía de manejo de crecimiento y desarrollo | 0,8 | 0,87 | | 0,06 | 0 |
| | Lider de calidad | 408 DE 2018 | P.2.13 proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas. | <=0,03 | 0,013 | | 0,05 | 0 |
| | Lider de calidad | 408 DE 2018 | P.3.1 tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general. | 3 | 3,0 | | 0,06 | 0 |

TOTAL PONDERADO 0,00