

Plan de Gestión

2020 - 2023



HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



CESAR JARAMILLO MARTINEZ

ESE HOSPITAL SAN JOSE
DEL GUAVIARE

El Hospital Somos Todos



PRESENTACION.

El Plan de Gestión es la carta de navegación y marco de acción de la Gerencia de la E.S.E Hospital San José del Guaviare, para el periodo 2020 - 2023. En él se consolidan los compromisos que la gerencia acuerda con la Junta Directiva del Hospital y se plasman las metas de gestión y resultados, relacionados con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

El presente documento establece la orientación estratégica, la definición de metas, así como la articulación, y priorización de objetivos, con el fin de mejorar la gestión del hospital y el cumplimiento de su plataforma de gestión, al igual que la implementación de indicadores de evaluación del desempeño gerencial, de acuerdo con la normatividad vigente: Ley 1438 de 2011, Resolución 710 del 30 de marzo de 2012, la Resolución 0743 de marzo 15 de 2013 y resolución 408 de febrero 2018. Está diseñado y construido de manera participativa con las diferentes áreas del hospital, y de acuerdo con los Principios, Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política de Prestación de Servicios de Salud y objetivos estratégicos. Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial.

MARCO LEGAL.

- **La ley 100 de 1993:** Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se adoptan otras disposiciones y establece los regímenes jurídicos para los afiliados y no afiliados a dicho sistema”.
- **La ley 152 de 1994:** Por la cual se establece la ley orgánica del Plan de Desarrollo y tiene como propósito establecer procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo”.
- **Decreto 1876 de 1994:** Reglamentación de las Empresas Sociales del Estado.
- **Decreto 785 de 2005:** Por el cual se establece el sistema de nomenclatura y clasificación y de funciones y requisitos generales de los empleos de las entidades territoriales que se regulan por las disposiciones de la Ley 909 de 2004.
- **Decreto 1011 de 2006:** Por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud”.
- **Decreto 1122 de 2007:** Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 357 de 2008:** Por el cual se reglamenta la evaluación y reelección de gerentes y directores de las ESE del orden territorial”.
- **Ley 1438 de 2011:** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo a los artículos 72, 73, 74
 - *Artículo 72:* Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales.
 - *Artículo 73:* Procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
 - *Artículo 74:* Evaluación del plan de gestión del director o gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial:
- **Resolución 710 de 2012:** Por medio del cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones.

- **Resolución 743 de 2013:** Por medio de la cual se modifica la resolución 710 del 2013.
- **Ley 1797 de 2016:** Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 680 de 2016:** la evaluación de las competencias que señaló el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- **Decreto 052 del 15 de enero de 2016:** por el cual se reglamenta la reelección por evaluación de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
- **Resolución 408 del 15 de febrero de 2018:** por la cual se modifica la resolución 710 del 2012 y la resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.
 - Artículo 20: Nombramiento de Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado.
 - Artículo 74. Evaluación del plan de gestión del director o gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.



CONDICIONES GENERALES DE LA ENTIDAD.

ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE (HSJG):

El HSJG se encuentra ubicado en San José del Guaviare, actualmente cuenta con capacidad instalada para la atención de servicios de primer y segundo nivel, y algunos complementarios de tercer nivel de atención; integrada por especialistas en las áreas básicas (Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Ortopedia y Anestesiología, complementado por jornadas intramurales periódicas en 12 subespecialidades y 28 sub especialidades en la modalidad de telemedicina; cuenta con un equipo de apoyo asistencial y administrativo, dispuesto a satisfacer las necesidades en salud de los usuarios.

El Hospital San José del Guaviare, posee capacidad instalada de 81 camas distribuidas en los servicios de Cirugía, Ortopedia, Medicina Interna, Pediatría y Gineco-Obstetricia, disponiéndose de valoración diaria por especialista, lo mismo que Enfermería en todos los servicios las 24 horas del día.

Se tiene un servicio de Consulta Externa con las especialidades básicas y subespecialidades ofertadas en las jornadas intramurales y en la modalidad de Telemedicina, clasificadas de la siguiente forma:

- Especialidades clínicas permanentes: Medicina Interna, Pediatría y psicología.
- Especialidades clínicas en jornadas intramurales: Dermatología y Radiología.
- Especialidades Quirúrgicas permanentes: Cirugía General, Ginecología-Obstetricia, Ortopedia y Traumatología, Anestesiología.
- Especialidades Quirúrgicas en jornadas intramurales: Urología, Gastroenterología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Cirugía Maxilo-Facial.

Los servicios de apoyo diagnóstico incluyen Imagenología las 24 horas los 30 días del mes y con Radiólogo por jornadas el cual realiza ecografía para todos los servicios. Adicionalmente Laboratorio clínico de segundo nivel y tercer nivel de complejidad, con apoyo y referencia de muestras a laboratorios reconocidas para la realización de exámenes especializados de alta complejidad; Terapia física, Terapia respiratoria y Farmacia. Así como una Ambulancia básica y dos Ambulancias Medicalizadas las 24 horas del día durante todo el año.

Adicionalmente el HSJG atiende la demanda de primer nivel de hospitalización y urgencias de la capital del Departamento.

1.1 Portafolio De Servicios

El objeto social de la E.S.E. Hospital de San José del Guaviare es la prestación de servicios de salud de mediana complejidad y algunos servicios de alta complejidad a los habitantes del Departamento del Guaviare y municipios circunvecinos de los departamentos del Meta y Guainía, o a quien lo requiera, el hospital cuenta con los siguientes servicios:

**Portafolio de Servicios Habilitados.
ESE Hospital San José del Guaviare.**

Municipio	Grupo	Código – Servicio
San José Del Guaviare	Internación	101-General Adultos
		102-General Pediátrica
		112-Obstetricia
	Quirúrgicos	203-Cirugía General
		204-Cirugía Ginecológica
		205-Cirugía Maxilofacial
		207-Cirugía Ortopédica
		208-Cirugía Oftalmológica
		209-Cirugía Otorrinolaringología
		215-Cirugía Urológica
		233-Cirugía Dermatológica
		301-Anestesia
		304-Cirugía General
	Consulta Externa	308-Dermatología
		316-Gastroenterología
		320-Ginecobstetricia
		329-Medicina Interna
		333- Nutrición Y Dietética
		335-Oftalmología
		339-Ortopedia Y/O Traumatología
		340-Otorrinolaringología
		342-Pediatría
		344-Psicología
		355-Urología
		365-Cirugía Dermatológica
		369-Cirugía Plástica Y Estética
		703-Endoscopia Digestiva
706-Laboratorio Clínico		

Municipio	Grupo	Código – Servicio
	Apoyo Diagnóstico Y Complementación Terapéutica	710-Radiología E Imágenes Diagnosticas
		712-Toma De Muestras De Laboratorio Clínico
		713-Transfusión Sanguínea
		714-Servicio Farmacéutico
		719-Ultrasonido
		729-Terapia Respiratoria
		732-Ecocardiografía
		739-Fisioterapia
	Transporte Asistencial	601-Transporte Asistencial Básico
		602-Transporte Asistencial Medicalizado

Fuente: REPS noviembre de 2019.

1.2.2 Capacidad Física Instalada.

Infraestructura ESE Hospital San José del Guaviare 2020.

Servicios	Recursos físicos disponibles	Nº
Consulta externa	Consultorios consulta especializada	10
	Terapia física (cubículos)	4
	Terapia respiratoria	1
Urgencias	Consultorio de Triage	1
	Consultorio de Urgencias	3
	Salas de Procedimientos generales	1
	Sala EDA	1
	Sala IRA	1
	Camas de Observación	30
	Quirófanos	2
Salas quirúrgicas	Quirófanos	2
UMI	Mesas de Parto	1
	Monitores fetales	3
Apoyo Diagnóstico	Equipo de Radiología Portátil	1
	Equipo de Radiología Fijo	1
	Ecógrafo	2
	Electrocardiógrafos	2
Traslado de Paciente	Ambulancia Básica	1
	Ambulancia Medicalizada	2
Hospitalización	Camas	81
	Pediatría	23
	Unidad Cuidados Intermedios	0
	Unidad Materno Infantil	11
	Medicina Adulto	47

Fuente: RESP - Planeación - ESE Hospital San José del Guaviare.

1.2.3 Oferta de Servicios por Telemedicina.

Item	Especialidad	Consultas	Procedimientos menores	Cirugías de baja complejidad	Frecuencia de atención
1	DERMATOLOGÍA	X	X	X	MENSUAL
2	ENDOCRINOLOGÍA	X			CUATRIMESTRAL
3	GASTROENTEROLOGÍA	X	X		MENSUAL
4	NEUMOLOGÍA	X	X		TRIMESTRAL
5	NEUROLOGÍA	X	X		MENSUAL
6	OTORRINOLARINGOLOGÍA	X	X	X	MENSUAL
7	PSIQUIATRÍA	X			BIMENSUAL
8	REUMATOLOGÍA	X			CUATRIMESTRAL
9	UROLOGÍA	X	X	X	MENSUAL
10	OFTALMOLOGÍA	X			MENSUAL
11	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	X	X		BIMENSUAL
12	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA	X			TELEMEDICINA
13	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA	X			TELEMEDICINA
14	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA
15	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA
16	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	X			TELEMEDICINA
17	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	X			TELEMEDICINA
18	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	X			TELEMEDICINA
19	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	X			TELEMEDICINA
20	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	X			TELEMEDICINA
21	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	X			TELEMEDICINA
22	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA
23	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA
24	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA
25	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA
26	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA	X			TELEMEDICINA
27	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA	X			TELEMEDICINA Y PRESENCIAL
28	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA
29	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA
30	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	X	X	X	TELEMEDICINA Y PRESENCIAL
31	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	X	X	X	TELEMEDICINA Y PRESENCIAL
32	CONSULTA ESPECIALIZADA POR UROLOGIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA

33	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA Y PRESENCIAL
34	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA Y PRESENCIAL
35	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA
36	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA
37	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA
38	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA Y PRESENCIAL
39	CONSULTA ESPECIALIZADA POR DERMATOLOGIA PEDIATRICA(12449)	X			TELEMEDICINA
40	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	X			TELEMEDICINA
41	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	X			TELEMEDICINA
42	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	X			TELEMEDICINA
43	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	X			TELEMEDICINA
44	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	X			TELEMEDICINA
45	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA
46	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	X			TELEMEDICINA
47	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA	X			TELEMEDICINA
48	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA	X			TELEMEDICINA
49	INTERCONSULTAS TODAS LAS ESPECIALIDADES PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	X			TELEMEDICINA Y PRESENCIAL

Fuente: RESP 2020.

1.2.3 Mapa de procesos.



2. Plataforma Estratégica.

2.1 Misión

Somos una empresa social del estado que presta servicios de salud seguros, con atención integral, enfoque diferencial, de calidad, humanizada, con responsabilidad social, en beneficio del usuario y su familia.

2.2 Visión

En el 2026, seremos una institución acreditada, competitiva y con sostenibilidad financiera, referente en la región por prestar servicios de salud especializados con tecnología apropiada, atención diferencial, enfocada en el desarrollo del talento humano y amigables con el medio ambiente.

2.3 Valores corporativos

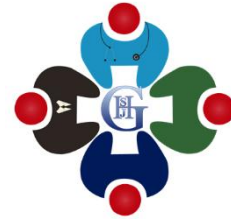
- **Honestidad:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, siempre favoreciendo el interés general.
- **Compromiso:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y contratista, y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.
- **Respeto:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, raza, género, títulos o cualquier otra condición.
- **Confidencialidad:** Es la propiedad de la información, por la que se garantiza que está accesible únicamente a personal autorizado a acceder a dicha información
- **Justicia:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.
-
- **Diligencia:** Cumpló con los deberes, funciones, actividades y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

Promesa de Valor

*"Mejoramos **tu** salud con servicios seguros, humanizados y oportunos"*

3. PLAN DE GESTION 2020 – 2023.

“El Hospital Somos Todos”



3.1 Fase de preparación.

El gerente junto con las áreas de planeación y calidad, se reúnen para el diseño de las herramientas y metodología que se utilizara para determinar la línea base y la formulación del plan de gestión, una vez determinadas se convocó al Comité institucional de gestión y desempeño, equipo de trabajo representado por los líderes de las áreas asistencial, dirección y administrativa, para la formulación del Plan de Gestión, utilizando la aplicación colectiva de diferentes metodologías a nivel mundial (las 5 fuerzas de porter, las 7s de mckinsey y DOFA), las cuales serán un instrumento de análisis que permitió consolidar un diagnóstico; identificación de fuentes de información para establecer la línea base para la formulación del Plan de Gestión. La línea base será entendida, como el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas de dirección y gerencia, financiera y administrativa y clínica o asistencial.

3.1.1 Herramientas

3.1.2 Cuestionario

Se realiza un cuestionario para el conocimiento de la percepción interna de la entidad, con preguntas orientadores basadas en la metodología de las 7s de Mckinsey, esta metodología es un modelo que señala los 7 factores básicos para que funcione cualquier organización (estilo, personal, sistemas, estrategia, estructura, habilidades, valores compartidos), la cual busca resaltar que la mayor importancia está en la combinación que se crea entre los 7 factores. De esta manera, teniendo en cuenta todos los factores, se consigue alinear la estrategia con el comportamiento y así mejorar los resultados de cualquier empresa.

A continuación, se presenta el cuestionario implementado.

ENFOQUE DE ESTRATEGIA – STRATEGY
Desde su perspectiva, ¿Cuáles son los principales problemas que obstaculizan el desarrollo y el mejoramiento de la E.S.E Hospital San José del Guaviare?
Desde su área ¿Cómo puede aportar a mejorar el cumplimiento de los objetivos de la E.S.E Hospital San José del Guaviare?

Proponga una estrategia (s), que oriente el cumplimiento de la misión y visión de la E.S.E Hospital San José del Guaviare
¿Qué aspectos deberíamos fortalecer para diferenciarnos positivamente en la prestación de servicios de salud a nuestros usuarios?
¿Cómo podemos mejorar el clima laboral e incentivar al personal en el logro de los objetivos como empresa?
¿Cree que nuestra estrategia “El hospital somos todos” ha funcionado? ¿por qué?
¿Qué dificultades presenta su área para el cumplimiento de las actividades y cuáles serían las posibles soluciones?
ESTRUCTURA – STRUCTURE
¿Qué cambios deberíamos realizar para mejorar la integración de los diferentes niveles jerárquicos de la E.S.E Hospital San José del Guaviare?
¿Considera que los sistemas de comunicación son claros y efectivos en la entidad? y ¿Cómo podemos mejorarlos?
¿Cómo podemos mejorar el trabajo en equipo y la coordinación de todas las áreas de la E.S.E Hospital San José del Guaviare?
¿Cómo podríamos mejorar la toma de decisiones en su área y en la E.S.E Hospital San José del Guaviare?
¿Consideras que dentro de la organización el personal está correctamente asignado para el cumplimiento de sus labores de acuerdo con su grado de profesionalismo?
SISTEMAS – SYSTEMS:
¿Cómo podemos mejorar el flujo y la calidad de la información (oportuna, clara, precisa, objetiva) en su área o proceso, y entre las diferentes áreas de la E.S.E Hospital San José del Guaviare?
¿Qué tecnología (informática, audiovisual, asistencial, etc.) deberíamos mejorar en la E.S.E Hospital San José del Guaviare para alcanzar mejores resultados?
¿Qué herramientas o estrategias debe fortalecer la E.S.E Hospital San José del Guaviare para evaluar el rendimiento laboral y el cumplimiento de las metas?
¿Qué herramientas podemos implementar en la E.S.E Hospital San José del Guaviare para divulgar la información de manera clara y precisa?
HABILIDADES – SKILLS
¿Cuáles son las competencias requeridas para mejorar la gestión de la E.S.E Hospital San José del Guaviare en su área o proceso?
¿Qué hacemos bien como organización, o que estrategias que hayan funcionado en el pasado las podamos retomar?
¿Poseen los colaboradores las competencias necesarias para ejecutar bien el trabajo?
¿Cómo se capacitan, controlan y evalúan las competencias?
¿Cuáles son las habilidades que nos diferencia de las demás empresas?
¿Qué habilidades nos faltan?

En una frase, resume lo bien hecho de la organización en los últimos 2 años de gestión
PERSONAL – STAFF
¿Consideras que cada uno de los integrantes llena las expectativas en los cargos para el cual fueron nombrados o designados de acuerdo su perfil profesional?
¿Qué necesidades tiene el personal en cuanto a capacitaciones?
¿El clima organizacional de la entidad es adecuado? y ¿Cómo podríamos mejorarlo?
ESTILO – STYLE
¿El bienestar del personal representa en la organización una prioridad para el perfeccionamiento de la empresa? ¿Cómo podríamos mejorarlo?
¿El personal trabaja de manera colaborativa o competitiva? ¿por qué?
¿Cómo perciben los trabajadores el liderazgo en la organización?
¿Qué comportamientos o logros destaca de la organización?
¿Están todos los líderes posesionados en sus roles? Explique el ¿por qué?
VALORES COMPARIDOS - SHARED VALUES
¿Consideras que dentro de la organización todo el personal comparte el mismo sentido de pertenencia por la visión, misión y función de la organización?
¿Conoce los valores corporativos de la entidad? ¿Cuál cree que es el valor que menos aplicamos en la entidad?

3.1.3 5 Fuerzas de Porter

La herramienta de las 5 fuerzas de Porter nos permite evaluar la entidad en función de cinco fuerzas existentes a través del análisis y la identificación. Esto permite a la empresa conocer la competencia que tiene en el sector en el que opera. Así, se puede realizar un análisis con el objetivo de hacer frente a la situación. Las 5 fuerzas de Porter son las siguientes:

- Rivalidad entre las empresas: Es el resultado de las otras cuatro fuerzas. En función de la rivalidad existente entre la competencia, la rentabilidad obtenida en el sector será mayor o menor.
- Poder de negociación de los clientes: Si el mercado cuenta con pocos clientes, se corre el riesgo de que estén bien organizados y se pongan de acuerdo en cuanto a los precios que consideran que tienen que pagar. Esto se convierte en una amenaza para la empresa.
- Poder de negociación de los proveedores: Amenaza que corre a cuenta de los proveedores debido al gran poder de negociación.

- Amenaza de los nuevos competidores entrantes: Existen ciertas barreras de entrada a los nuevos productos que se quieran introducir en un determinado mercado.
- Amenaza de productos sustitutos: En los mercados en los que existen productos muy similares entre sí supone una escasa rentabilidad para la gran mayoría.

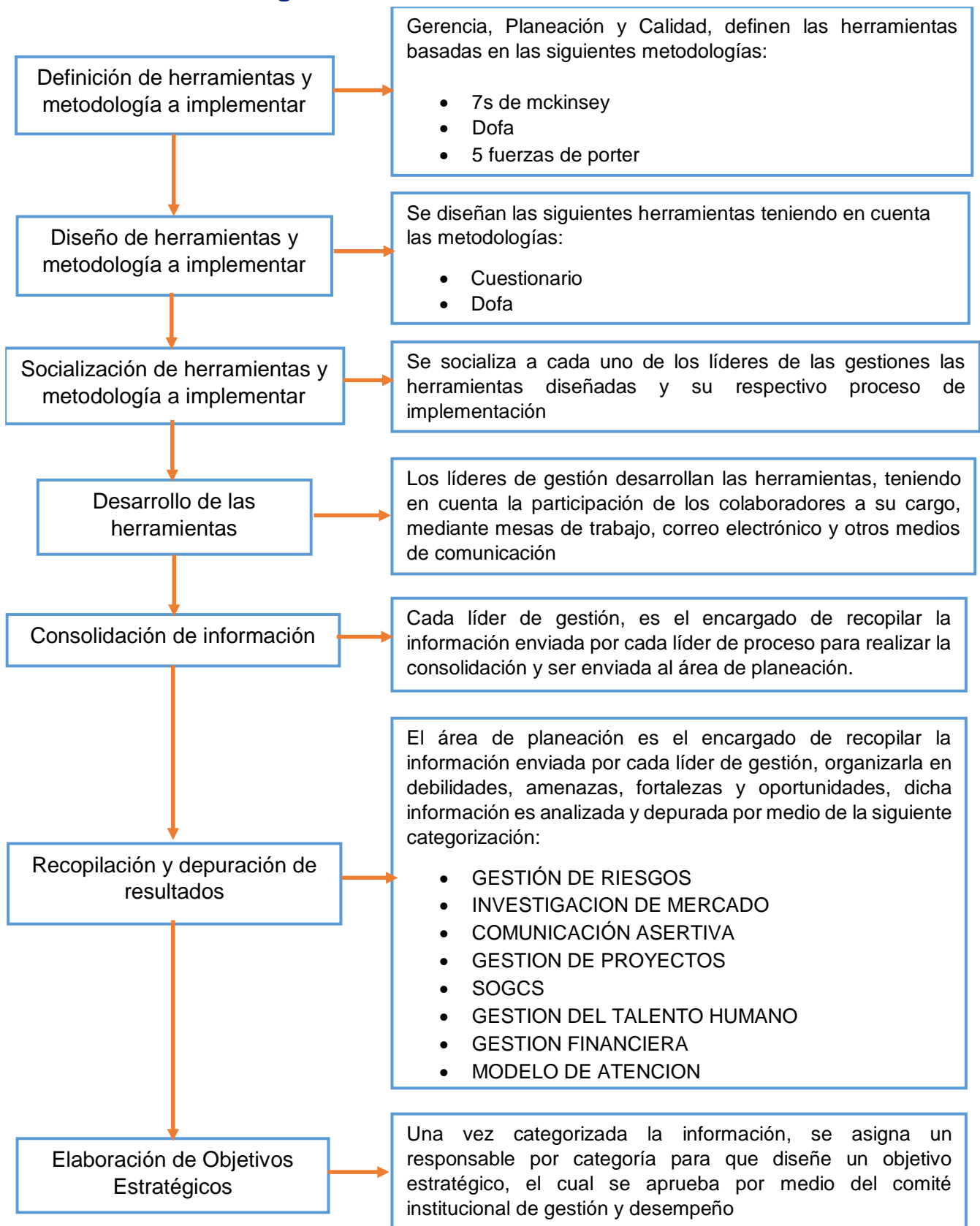
3.1.4 DOFA

La matriz DOFA (también conocida como matriz FODA, matriz DAFO o análisis SWOT en inglés), es una herramienta utilizada para la formulación y evaluación de estrategias. En ella, se evalúan diferentes factores de la empresa:

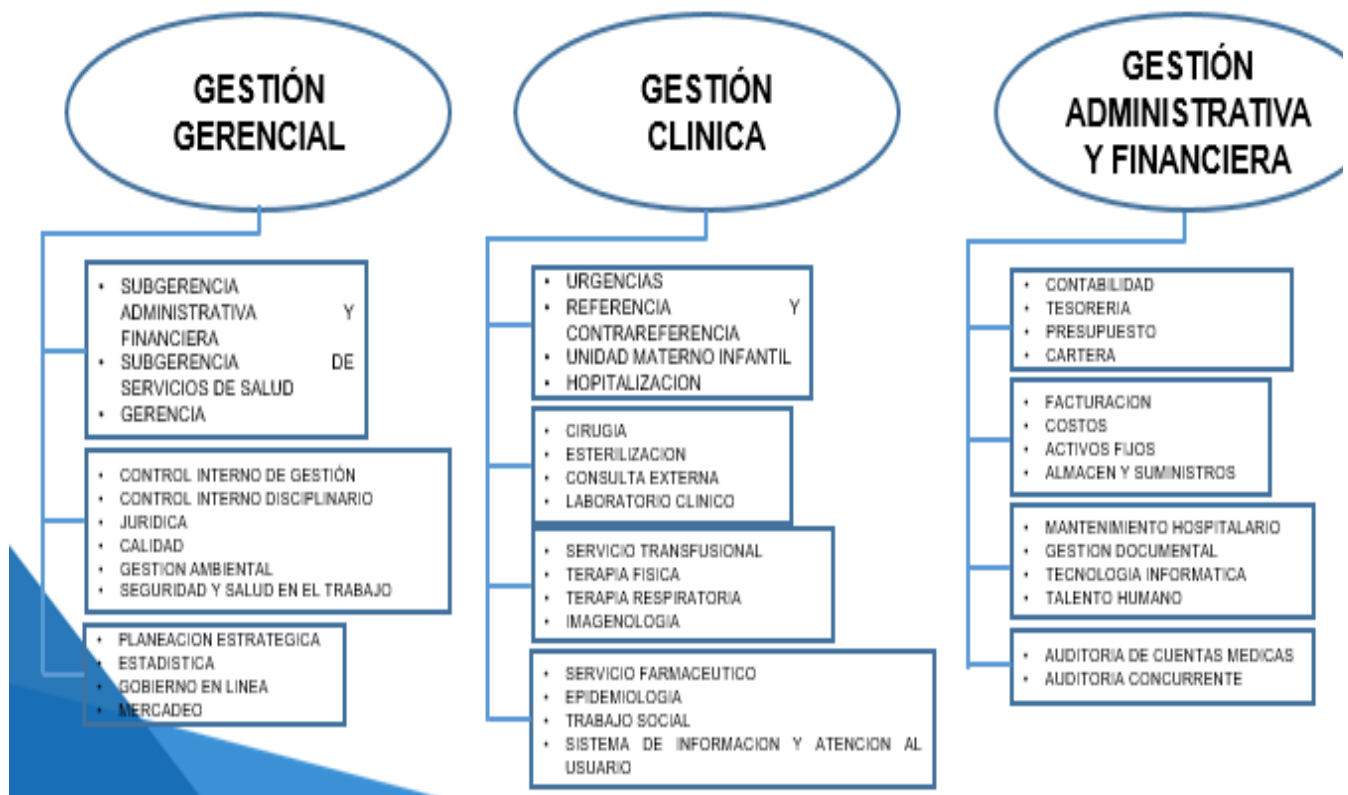
- Fortalezas y debilidades: Son factores internos a la empresa, que crean o destruyen valor. Incluyen los recursos, activos, habilidades, etc.
- Oportunidades y amenazas: Son factores externos, y como tales están fuera del control de la empresa. Se incluyen en estos la competencia, la demografía, economía, política, factores sociales, legales o culturales.

	Positivos	Negativos
Internos (factores de la empresa)	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Externos (factores del ambiente)	OPORTUNIDADES	AMENAZAS

3.1.5 Metodología.



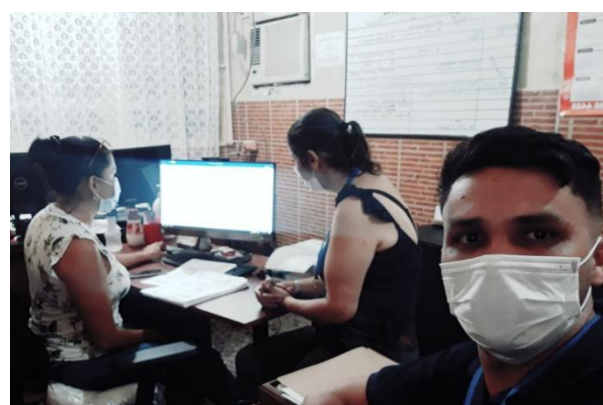
Para la elaboración del plan de gestión se tuvo en cuenta cada una de las herramientas anteriormente mencionadas, por lo cual; se inicia dicha formulación con la implementación del cuestionario basado en las 7s de mckinsey, para para ello, se socializa con los líderes de los componentes principales (Dirección y Gerencia, Gestión Financiero y Administrativo y Gestión Clínica o Asistencial) y coordinadores de las áreas asistencial y administrativa.



3.2 Formulación.

3.2.1 Desarrollo de los cuestionarios.

Cada líder y coordinador de área desarrolla con su grupo de trabajo el diligenciamiento de las Preguntas Orientadoras, con reuniones de manera presencial, vía virtual o correo electrónico, una vez diligenciado el cuestionario, este se entrega a cada líder de los componentes principales para realizar el consolidado del ejercicio realizado.



3.2.2 Desarrollo de mesa de trabajo – DOFA.

Se procede al desarrollo de la herramienta DOFA, identificando las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de la institución frente a cada fuerza y teniendo en cuenta las respuestas de los cuestionarios. Para ello, cada líder de los componentes principales organiza mesas de trabajo con los líderes de procesos y desarrollan dicha herramienta.



3.2.2.1 Resultados de la depuración de las tres matrices por grupo gerencial.

Desarrollo de DOFA.

DEBILIDADES	
F1	No se cuenta con estudios de mercadeo, ni portafolio de servicios actualizados (Ayudas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, rehabilitación, procesos de esterilización), como herramienta comercial y de márketing que permitan incrementar la rentabilidad de la entidad.
F2	Falta de innovación para desarrollar nuevas modalidades y adecuaciones de los servicios para ingresar al mercado particular y prepagado, régimen especial, contributivo
F3	Falta de identificación de los costos de los servicios prestados a particulares en comparación con otras IPS, que no permite identificar la rentabilidad de estos de manera objetiva, para definir un punto de equilibrio que permita ofertar servicios competitivos por calidad y precio.
F4	Inadecuada cultura y clima organizacional

F5	Falta de personal profesional idóneo para el desarrollo de actividades tendientes a mejorar la calidad del servicio (Médico auditor y de calidad, Psicóloga con enfoque en salud ocupacional, Radiólogo permanente, médico familiar)
F6	Atención deshumanizada y poca calidez
F7	Personal sin perfil o experiencia para el cargo, no es idóneo en relación al crecimiento y necesidades de la entidad, alto grado de rotación
F8	Falta de compromiso, sentido de pertenencia, comunicación asertiva, generando resistencia al cambio a nuevos desafíos y cambios de entorno
F9	Debilidad en el seguimiento y control del personal y sus competencias
F10	Debilidad en los procesos de inducción, reinducción, capacitaciones y educación continua para fortalecer los conocimientos, competencias y destrezas de los funcionarios. Y espacios para llevarlas acabo
F11	Falta de reconocimientos y estímulos para el personal.
F12	Capacidad instalada limitada y obsoleta para el incremento de la demanda de los servicios y la población.
F13	Poca infraestructura, lo que impide una mayor comodidad para la atención
F14	Falta de mantenimiento en la infraestructura física y de equipos biomédicos (goteras, humedades, ventanas dañadas, camas oxidadas etc.)
F15	Debilidad en los canales de comunicación, dificultando la socialización continua de la plataforma estratégica y demás información, no realizando la medición de adherencia de los mismos
F16	Falta de procesamiento y/o análisis de los indicadores de calidad y los datos estadísticos generados, además de la no credibilidad de los mismos
F17	Falta de canales de comunicación para la venta de los servicios
F18	Deficiencia en tecnología para la toma de ayudas diagnósticas especializadas y servicios complementarios como TAC, resonancia magnética, endoscopia, colonoscopia, cateterismo cardiaco, CEPRE, Subespecialidades quirúrgicas, entre otros.
F19	Falta de inversión de algunos insumos, implementos y equipos biomédicos para el buen funcionamiento de los servicios intrahospitalarios (ambulancia, cámaras de seguridad, patos, pisingos, riñoneras, medidores, grameras, cunas ventiladores, arco en C, camas hospitalarias), incluyendo elementos de oficina (scanner, impresoras, teléfono)
F20	Subutilización y/o inadecuada tecnología disponible en la entidad
F21	Falta de programas institucionales que complementen las estrategias planteadas en la Política Nacional en salud y la implementación de rutas integrales de atención
F22	Mal y/o poco registro del dato (Historia clínica-glosa)
F23	Falta de claridad y excepción en los contratos suscritos con las EPS y SSG, lo cual no permite facturar todo lo utilizado en la atención del paciente.
F24	Demora en el pago a proveedores y trabajadores, generando el no cumplimiento y exigencias al contrato
F25	Inadecuada planeación en la compra de insumos
F26	No se realiza una adecuada evaluación a los proveedores
F27	Alto costo tributario
F28	Demora en los procesos contractuales por trámites administrativos desarticulados.
F29	Falta de estudios financieros y conocimiento de la normatividad para la toma de determinaciones
F30	Falta de claridad y excepción en los contratos suscritos con las EPS y SSG, lo cual no permite facturar todo lo utilizado en la atención del paciente.
F31	Falta de acompañamiento de la parte administrativa a la parte asistencial para hacer efectiva las experiencias significativas de calidad con las diferentes entidades acreditadas de salud
F32	No cumplimiento a los estándares de habilitación y acreditación.

F33	Falta de Aplicación, Articulación y/o actualización de los procesos
F34	No elaboración de planes de mejora a las auditorías Internas y/o auditorías externa
F35	Debilidad en la evaluación y seguimiento de indicadores gerenciales, no hay POA por áreas

FORTALEZAS	
F1	Únicos en la prestación del servicio (hospitalizados, cirugía)
F2	capacidad instalada, personal idóneo, diversificación de servicios
F3	desarrollo de telemedicina
F4	compra a escala de medicamentos
F5	aliado sub especialidades
F6	el talento humano es suficiente para atender estos nuevos procesos; disponibilidad gerencial a nuevos cambios
F7	Trabajo en equipo antes situaciones de urgencia y talento humano competente
F8	Fortalecimiento del servicio de información y atención al usuario, apoyo a los servicios con acompañamiento de los agentes SIAU.
F9	Se cuenta con programa radial, página web institucional y utilización de redes sociales en masa que permite dar a conocer informaciones institucionales
F10	Apoyo gubernamental y capacidad directiva, para brindar accesos de salud y crecer (metodología virtual-telemedicina y tele consulta)
F11	Alianzas estratégicas con Nueva EPS, IPS Bienestar para prestación de servicios de Subespecialidades y con proveedor Discolmedica para prestación del servicio farmacéutico
F12	Gestión de adquisición de equipos biomédicos modernos y dotación
F13	Mejoramiento del sistema de gestión de calidad, con documentación de protocolos, manuales socialización y adherencia a los mismos.
F14	conocimiento del mercado, se cuenta con datos estadísticos que permiten determinar patrones de cumplimiento de mercado
F15	Amplio portafolio de servicios (permite la integralidad)
F16	Capacidad directiva
F17	Adecuación de Sala de Procedimientos menores en el área de consulta externa con lo cual se logra optimizar el tiempo de utilización de las salas de cirugía y mejora la oportunidad de atención de los usuarios
F18	Gestión de proyectos: se encuentra en curso proceso de remodelación y adecuación de tres quirófanos, unidad de cuidados intermedios y unidad básica neonatal, remodelación de infraestructura, lo cual permitirá ampliar la capacidad instalada, contar con mayor número de servicios para atender la necesidad de la población

Oportunidades	
O1	acceso a modalidades alternativas para la prestación de servicios
O2	mejores costos en especialistas
O3	Única Institución que presta servicios de salud de 2° nivel de atención en la región.
O4	Mejorar la selección, contratación y número de recurso humano comprometido, calidad humana, responsable, para prestar servicios con oportunidad, continuidad y calidad en la prestación.
O5	conformación redes integradas
O6	Desarrollar los programas, herramientas y métodos para aplicar la plataforma estratégica en todos los procesos de la institución,
O7	apoyo de nivel territorial
O8	integración red sectorial e intersectorial

O9	apoyo institucional (gobernación alcaldía, ministerio), para el fortalecimiento de la capacidad en la prestación del servicio
O10	desarrollo de proyectos innovadores
O11	realizar convenios interadministrativos
O12	Nuevo gobierno
O13	Posesionarse en el sector ofertando servicios especializados a los municipios del departamento (acceso de manera virtual a los otros municipios de las especialidades básicas).
O14	Ofertar nuevos servicios de mayor complejidad que permita mejorar la continuidad, oportunidad en los servicios de salud y su vez disminuir las estancias prologadas, morbilidad y mortalidad debido a las demoras de las EAPB en las remisiones.
O15	competir en el sector con la experiencia y los servicios diferenciales
O16	adecuar servicios de mediana complejidad, con mejora en el acceso.
O17	Gestionar recursos infraestructura y tecnología

Amenazas	
A1	No cumplir con las expectativas en la prestación de servicios de salud, generando una mala percepción del usuario
A2	Proveedores decidan implementar estrategias de ventas directas al usuario
A3	Estar ubicados geográficamente lejos de las principales capitales, donde están los proveedores, se convierte una barrera para concertar negociaciones, con el argumento de altos costos para la distribución.
A4	Alta probabilidad de incremento de competidores (IPS) en la región, con mayor desarrollo tecnológico, infraestructura, talento humano y precios competitivos
A5	Falta de políticas claras a nivel nacional en términos de vinculación laboral en el personal de salud
A6	Falta de cultura de la población en la utilización adecuada de los servicios de salud.
A7	El uso indebido y/o publicación de información en redes sociales poco clara que puedan generar desinformación
A8	Ocurrencia de eventos adversos, ya que generan demandas judiciales y económicas
A9	Debilidades en la prestación de servicios de la ESE de 1er nivel lo que genera congestión del hospital y cansancio del talento humano.
A10	Estancias prolongadas por falta de medicamentos
A11	Poca calidad en la atención al usuario, lo que no cumpliría con las expectativas en la prestación de nuestros clientes
A12	Los competidores implementan competencias con el modelo SALUD.
A13	Poca oferta de especialistas, médicos y jefes de enfermería en la región lo que genera elevados cobros por parte de ellos.
A14	Incumplimiento de pagos por parte de los clientes (EPS, SSG, regímenes especiales).
A15	Debilidad financiera frente al cambio de alguna tarifa
A16	El no suministro o realización de contratos por parte de los proveedores por mora en el pago
A17	El no cumplimiento a los atributos de calidad
A18	Cierre de servicios y pérdida de habilitación.
A19	Cambios continuos de la normatividad en salud del país
A20	Presión actores políticos - Mala Imagen Corporativa ante mercadeo externo.

3.2.3 Categorización.

Con esta información se realiza una depuración y categorización de cada fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, estableciendo las siguientes categorías:

- Gestión de riesgos
- Investigación de mercado
- Comunicación asertiva
- Gestión de proyectos
- SOGCS
- Gestión del talento humano
- Gestión financiera
- Modelo de atención

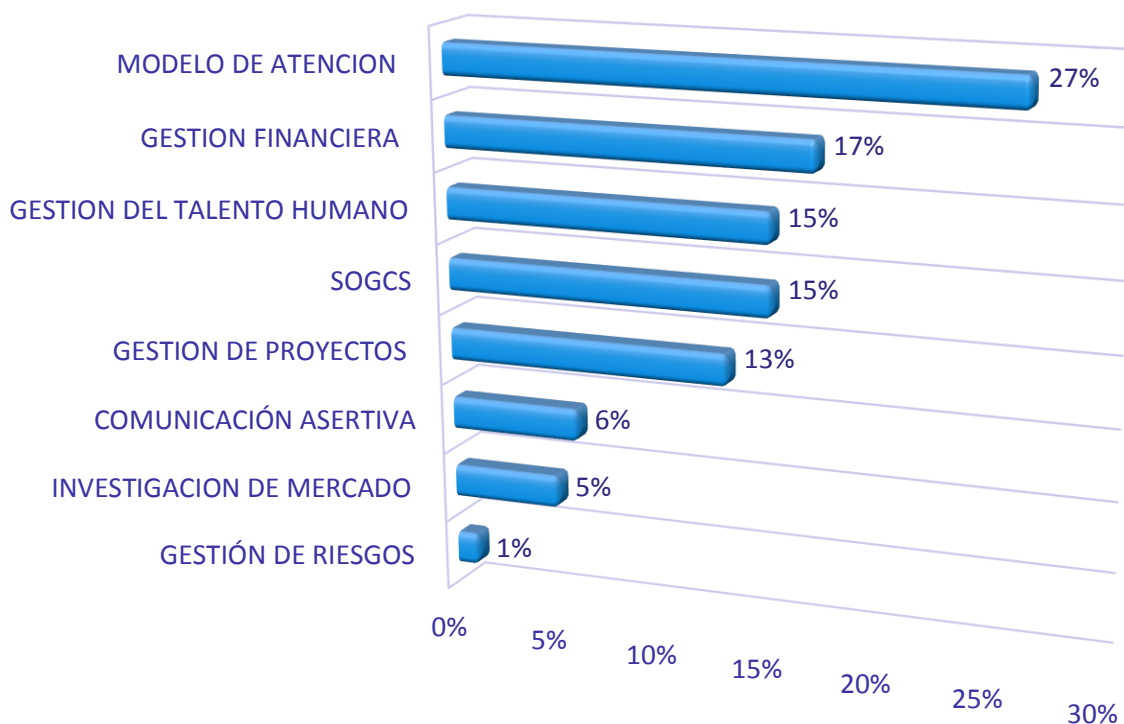
Una vez categorizada toda la información, obtenemos los siguientes resultados:

CARACTERISTICAS	CATEGORIA	ÁREA	DOFA
No cumplir con las expectativas en la prestación de servicios de salud, generando una mala percepción del usuario	SOGCS	MERCADEO	AMENAZA
Proveedores decidan implementar estrategias de ventas directas al usuario	INVESTIGACIÓN DE MERCADO	MERCADEO	AMENAZA
Estar ubicados geográficamente lejos de las principales capitales, donde están los proveedores, se convierte una barrera para concertar negociaciones, con el argumento de altos costos para la distribución.	GESTION FINANCIERA	MERCADEO	AMENAZA
Alta probabilidad de incremento de competidores (IPS) en la región, con mayor desarrollo tecnológico, infraestructura, talento humano y precios competitivos	INVESTIGACIÓN DE MERCADO	MERCADEO	AMENAZA
Falta de políticas claras a nivel nacional en terminos de vinculación laboral en el personal de salud	GESTION DEL TALENTO HUMANO	TALENTO HUMANO	AMENAZA
Falta de cultura de la población en la utilización adecuada de los servicios de salud.	MODELO DE ATENCION	TALENTO HUMANO	AMENAZA
Falta de acompañamiento de la parte administrativa a la parte asistencial para hacer efectiva las experiencias significativas de calidad con las diferentes entidades acreditadas de salud	SOGCS	SUBGERENCIA ADMINISTRATI	DEBILIDADES
No cumplimiento a los estándares de habilitación y acreditación	SOGCS	CALIDAD	DEBILIDADES
Falta de Aplicación, Articulación y/o actualización de los procesos	SOGCS	CALIDAD	DEBILIDADES
No elaboración de planes de mejora a las auditorias Internan y/o auditorias externa	SOGCS	CALIDAD	DEBILIDADES
Debilidad en la evaluación y seguimiento de indicadores gerenciales, no hay POA por áreas	SOGCS	CALIDAD	DEBILIDADES
acceso a modalidades alternativas para la prestación de servicios	MODELO DE ATENCION	MERCADEO	OPORTUNIDADES
mejores costos en especialistas	GESTION FINANCIERA	SUBGERENCIA ADMINISTRATI	OPORTUNIDADES
Única Institución que presta servicios de salud de 2° nivel de atención en la región.	MODELO DE ATENCION	MERCADEO	OPORTUNIDADES
Mejorar la selección, contratación y numero de recurso humano comprometido, calidad humana, responsable, para prestar servicios con oportunidad, continuidad y calidad en la prestación.	GESTION DEL TALENTO HUMANO	TALENTO HUMANO	OPORTUNIDADES

Categorías Definidas.

CATEGORIAS	CANT	%
Gestión de riesgos	1	1%
Investigación de mercado	5	5%
Comunicación asertiva	6	6%
Gestión de proyectos	13	13%
SOGCS	15	15%
Gestión del talento humano	15	15%
Gestión financiera	17	17%
Modelo de atención	26	27%

RESULTADOS DE CATEGORIAS



Una vez categorizada la información, se realiza envío por correo institucional del resultado, solicitando a cada responsable de las categorías, proponer un objetivo estratégico, dichos objetivos se evaluaron en el comité institucional de gestión y desempeño, en donde se ajustaron y aprobaron por todos los miembros.

3.2.4 Definición de los Objetivos Estratégicos 2020 – 2023.

3.2.4.1 Gestión de Dirección y Gerencia.

El objetivo de esta área es el de implementar y mantener la unidad de objetivos e interés de la organización en torno a la misión y objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento de la entidad y se fundamenta en el sistema obligatorio de garantía de calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud. Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo institucional, el fortalecimiento del sistema de información a través de monitoreo y planeación de la gestión de los procesos de prestación de los servicios, administrativos y financieros.

3.2.4.1.1 Objetivos:

- Implementar un modelo de gestión integral del proceso de atención, que genere valor para el usuario y su familia, a través de la mejora continua en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad.
- Fortalecer la comunicación interna y externa, mediante la implementación de estrategias, mecanismos y canales comunicativos que permitan la interacción y diálogo colaborativo.
- Gestionar recursos a través de la presentación de proyectos estructurados, con base en el análisis de costo-beneficio ante las diferentes agencias de financiación.
- Diversificar el portafolio de servicios de la entidad, aplicando mecanismo de investigación de mercado que permita la identificación de necesidades y condiciones del mercado.
- Mitigar la ocurrencia de los riesgos en los procesos de gestión, mediante la Implementación de un sistema integral de gestión de riesgos.

3.2.4.2 Gestión Financiera y Administrativa.

Orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y en igual forma el cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas, Involucra los procesos y recursos administrativos de logística necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la ESE.

3.2.4.2.1 Objetivos:

- Mejorar la sostenibilidad financiera contando con recursos disponibles, que permitan garantizar el buen comportamiento operativo.
- Desarrollar las competencias laborales, mejorar el clima organizacional y fomentar la cultura organizacional de acuerdo con los principios y valores corporativos, a través de la implementación del plan estratégico del talento humano.

3.2.4.3 Gestión Clínico o Asistencial.

Es el conjunto de proceso y procedimientos orientados a la calidad de la prestación de los servicios salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutiva en el área asistencial.

Es la encargada de realizar seguimiento a la totalidad de los factores que intervienen en la prestación de los servicios siendo la misión principal de la ESE, dentro los cuales se encuentra la gestión ambulatoria, gestión hospitalización y cirugía, gestión de apoyo diagnóstico y terapéutico en concordancia con el portafolio de servicios y nivel de complejidad en cumplimiento de la misión institucional.

3.2.4.3.1 Objetivos:

- Implementar un modelo integral de atención en salud, con sentido humano, que genere seguridad a los usuarios y su familia, con enfoque intercultural, enmarcados en los lineamientos estratégicos de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

3.2.5 Indicadores de Cumplimiento.

RESOLUCIÓN 710/2012 408/2018							
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	PUNTAJE DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTO EVIDENCIA	LÍNEA BASE 2019	PROYECCION 2023
GERENCIA 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con evaluación en la vigencia anterior	Califique: 0: Obtuvo una calificación inferior a la vigencia anterior (indicador menor de 1,0). 1: Resultado de la comparación esta entre 1.00 y 1.10 3: El resultado de la	Calidad	Documento de autoevaluación de vigencia evaluada y vigencia anterior.	1,5	2.2

			comparación está entre 1.11 y 1.19. 5: El resultado de la comparación es mayor o igual a 1.2				
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Califique: 0: Si el resultado de la comparación arrojó un valor menor o igual a 0.50 o. 1: Resultado de la comparación esta entre 0.51 y 0.70 3: El resultado de la comparación está entre 0.71 y 0.89. 5: El resultado de la comparación es mayor o igual a 0.90.	Calidad	Certificación de la oficina de calidad y/o oficina de control interno sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque de acreditación	0,70	0.90
	3	Gestión del 80% de la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Califique: 0: Si el resultado arrojó un valor menor o igual a 0.50 o. 1: Resultado arrojó esta entre 0.51 y 0.70 3: El resultado arrojó está entre 0.71 y 0.89. 5: El resultado arrojó es mayor o igual a 0.90.	Planeación	Informe del responsable de la planeación de la ESE, de lo contrario, informe de control interno de la entidad, el informe como mínimo debe contener el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado, programadas en la vigencia objeto de evaluación indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI o NO) y el cálculo del indicador.	93%	98%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección social en riesgo medio o alto no fue adoptado el programa de saneamiento Fiscal y Financiero.	Contabilidad	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero categorizados en riesgo medio o alto.	N.A	
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida < 0.90	Califique: 0: Si el indicador arroja un valor mayor 1.10. 1: Si el indicador arroja un valor entre 1.0 y 1.10 3: Si el indicador arroja un valor entre 0.90 y 0.99. 5: Si el indicador arroja un valor menor 0.90 .	Contabilidad	Ficha técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y PS	N.A	
	6	Promoción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas. 2. compras a través de cooperativas de ESE. 3. compras a través de mecanismos electrónicos	Califique: 0: Si el indicador arroja un valor menor 0/30. 1: Si el indicador arroja un valor entre 0. 30 y 0.50 3: Si el indicador arroja un valor entre 0.51 y 0.69. 5: Si el indicador arroja un valor mayor o igual a 0.70 .	Almacén y suministros	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal. En caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE, debe contener: (1) valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico discriminadas por cada uno de los mecanismos de compra A, B y C. (2) valor total de	0,43	0,49

		>= 0.7			adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico discriminadas por Otros mecanismos de compra. (3) El valor total de las adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico. Aplicación de la fórmula del indicador.		
7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Califique: 0: Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es positiva. 1: Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual arroja valor cero (0) 3: Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es negativa. 5: Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0).	Tesorería	Certificado de revisoría fiscal, en caso de no contar con RF del contador de la ESE, que contenga: El valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador. Cero (0) o variación negativa.	5	5	
8	Utilización de información de RIPS	Califique: 0: Si en la vigencia evaluada el gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad un (1) informe de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS o no presentó informe. 1: Si en la vigencia evaluada el gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad dos (2) informes de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS. 3: Si en la vigencia evaluada el gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad tres (3) informes de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS. 5: Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0) Si en la vigencia evaluada el gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad cuatro (4) informes de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS..	Planeación	Informes del responsable de planeación de la ESE o quien haga sus veces soportado en las actas de sesión de la junta directiva que como mínimo contenga: Fecha de informes presentados a la junta directiva Periodo de los RIPS utilizados para el análisis Relación de actas de la junta directiva en que se presentó el informe	5	5	

	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo. >= 1	Califique: 0: Si el indicador arroja un valor menor 0.80. 1: Si el indicador arroja un valor entre 0. 80 y 0.90 3: Si el indicador arroja un valor entre 0.91 y 0.99. 5: Si el indicador arroja un valor mayor o igual a 1.00 .	Presupuesto	Ficha técnica de la página WEB del ministerio de salud y protección social	-26	3
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Supersalud o la norma que la sustituya	Califique: 0: Si en la vigencia evaluada el gerente de la ESE no presentó oportunamente la información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superentendía Nacional de Saludo o la norma que la sustituya. 5: Si en la vigencia evaluada el gerente presentó en la vigencia evaluada el gerente de la ESE no presentó oportunamente la información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superentendía Nacional de Saludo o la norma que la sustituya.	Planeación	Informes de oportunidad	5	
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 del 2004 o la norma que la sustituya	Califique: 0: Si en la vigencia evaluada el gerente de la ESE no presentó oportunamente la información en cumplimiento al Decreto número 2193 de 2004 compilado con la sección 2 capitulo 8 titulo 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016, Decreto único reglamentario del Sector salud y Protección Social o la norma que la sustituya. 5: Si en la vigencia evaluada el gerente de la ESE presentó oportunamente la información en cumplimiento al Decreto número 2193 de 2004 compilado con la sección 2 capitulo 8 titulo 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016, Decreto único reglamentario del Sector salud y Protección Social o la norma que la sustituya.	Gestión administrativa y financiera	Ministerio de S y PS	5	5

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD 40%	12	>= 80 Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	Califique: 0: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0.30 . 1: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0.30 y 0.55 3: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0.56 y 0.79. 5: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual 0.80.	Subgerencia de servicios de salud y seguridad del paciente	Informe del comité de historias clínicas de la ESE, como mínimo que contenga referencia acto administrativo de adopción de la guía de definición y cuantificación de la muestra aplicada de la fórmula del indicador (4).	0,55	0,65
	13	>=0.8 Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Califique: 0: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0.30 . 1: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0.30 y 0.55 3: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0.56 y 0.79. 5: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual 0.80.	Gestión clínica y seguridad del paciente	informe del comité de historias clínicas de la ESE, como mínimo que contenga referencia acto administrativo de adopción de la guía , definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4).	0,83	0,85
	14	Oportunidad en la realización de Apendicetomía >= 0.90	Califique: 0: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0.51. 1: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0.51 y 0.70. 3: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0.71 y 0.89. 5: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual 0.90.	Gestión clínica y seguridad del paciente	Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces, que como mínimo contenga base de datos de los pacientes a quien se les realizo apendicetomía que contenga la identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis. Fecha y hora de la intervención quirúrgica y aplicación de la fórmula del indicador	100	100
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Califique: 0: Si en la vigencia evaluada la ESE registró eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos la variación interanuales positiva . 1: Si en la vigencia evaluada la ESE registró eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos la variación interanuales arroja valor cero (0). 3: Si en la vigencia evaluada la ESE registró eventos de neumonías bronco-aspirativas de	Gestión clínica y seguridad del paciente	Comité de calidad o quien haga sus veces, informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente, que contenga como mínimo la aplicación de la fórmula del indicador.	100	100

		origen intrahospitalario en pacientes pediátricos en pacientes pediátricos la variación interanual es negativo. 5: si en la vigencia evaluada la ESE NO registró eventos de neumonía bronco aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos.				
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) >= 0.90	Califique: 0: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0.51. 1: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0.51 y 0.70. 3: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0.71 y 0.89. 5: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual 0.90.	Gestión clínica y seguridad del paciente	Comité de calidad o quien haga sus veces, que contenga como mínimo referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador (4)	0,9	0,95
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria. >= 0.90	Califique: 0: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0.51. 1: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0.51 y 0.70. 3: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0.71 y 0.89. 5: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual 0.90.	Gestión clínica y seguridad del paciente	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.	100	100
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de consulta de pediatría. <= 5	Califique: 0: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 10 días. 1: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 8 y 9 días. 3: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 6 y 7 días. 5: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 5 días.	Consulta externa	Ficha técnica de la página web del SIHO y del Ministerio Salud y Protección Social.	100	100

19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de gineco-obstétrica ≤8	Califique: 0: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 16 días. 1: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 11 y 15 días. 3: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 9 y 10 días. 5: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 8 días.	Consulta externa	Ficha técnica de la página web del SIHO y del Ministerio Salud y Protección Social.	100	100
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna ≤15	Califique: 0: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 30 días. 1: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 23 y 29 días. 3: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 16 y 22 días. 5: Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 15 días.	Consulta externa	Ficha técnica de la página web del SIHO y del Ministerio Salud y Protección Social.	100	100

3.2.6 Fase de Aprobación.

El Gerente de la Ese Hospital San José del Guaviare, presentará el Plan de Gestión, ante la Junta directiva de la entidad, dentro de los términos legales para su respectiva aprobación. En caso de que la junta directiva no apruebe el presente Plan de Gestión, durante el término establecido, este se entenderá aprobado. La fase de aprobación estará terminada cuando se haya aprobado el Plan de Gestión mediante Acuerdo de la Junta Directiva, dejando constancia en la respectiva acta de la sesión en la cual fue aprobado dicho plan.

3.2.7 Fase de Ejecución.

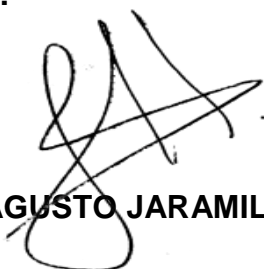
Para la ejecución del presente Plan, El Gerente de la Ese Hospital San José del Guaviare implementará un despliegue en cascada, a partir de las Subgerencias Administrativa y Asistencial, así como el equipo Asesor, a partir de capacitación y asesoría se construirán los planes operativos por procesos con cada uno de los líderes de las áreas de gestión. Lo que se busca con esta metodología es organizar el seguimiento y avance de las diferentes dependencias. El seguimiento de la ejecución de los planes operativos deberá estar enmarcado dentro de una evaluación permanente por parte de la oficina de control interno de Gestión. La

información consolidada y suministrada por cada uno de los responsables, será el insumo para la elaboración de un informe anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión, el cual se presentará ante la Junta Directiva, como insumo para la evaluación y cumplimiento de las metas del Plan de Gestión.

3.2.8 Fase de Evaluación.

La evaluación del plan debe de ser un proceso soportado en información valida y confiable, de periodicidad anual, para ello El Gerente de la Ese Hospital San José del Guaviare, entregará ante la junta directiva, un informe del cumplimiento del Plan de Gestión de la vigencia anterior con corte al 31 de diciembre, y a más tardar el 01 de abril de cada año, el cual estará enmarcado dentro de los requerimientos de la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012 y 743 del 15 de marzo de 2013.

Elaborado:



CESAR AGUSTO JARAMILLO MARTINEZ
Gerente

Elaboro: Viviana Andrea Mejía Perez / Profesional Especializado.

Reviso: Rosa Emiliana Melo Loaiza / Subgerente Administrativa y Financiera.

Reviso: Angelica Robayo Piñeros / Subgerente Servicios Salud.

Reviso: Carolina Ospina / Asesora Juridica.