

INFORME DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN AL PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2022

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

ALEXANDRA GONZÁLEZ MORENO
Gerente

INDICADORES

AREA DE GESTION	TOTAL INDICADORES
DIRECCION Y GERENCIA	3
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	7
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	6
TOTAL	16

MARZO 31 DE 2023

CONTENIDO

A. INDICADORES DE DIRECCION Y GERENCIA.....	4
1. INDICADOR: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR.....	4
2. INDICADOR: EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD.....	6
3. INDICADOR: GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	9
B. INDICADORES DE FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.....	14
4. INDICADOR: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	14
5. INDICADOR: EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.....	15
6. INDICADOR: PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO-QUIRURGICOS ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS:	18
7. INDICADOR: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA O POR OPS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR	20
8. INDICADOR: UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.....	22
9. INDICADOR: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO. 24	
10. INDICADOR: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR UNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.....	27
11. INDICADOR: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193	29
C. INDICADORES CLINICA ASISTENCIAL.....	32
21. INDICADOR: PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN	32
22. INDICADOR: INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	37
23. INDICADOR: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	39

24. INDICADOR: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	41
25. INDICADOR: PROPORCIÓN DE REINGRESOS DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS.....	46
26. INDICADOR: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL.....	48



A. INDICADORES DE DIRECCION Y GERENCIA

1. INDICADOR: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR

1.1. Información del Indicador

En atención al compromiso de la gerencia con la autoevaluación del sistema único de acreditación y el mejoramiento continuo de los procesos institucionales, se avanzó para la vigencia 2021 en la implementación, enfoque y resultado.

PROYECCIÓN DE METAS			
2020	2021	2022	2023
1,3	1,7	2.04	2,44

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022
Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	≥ 1.20	1,2	1,7	1,9

INDICADOR	FORMULA	DATOS	RESULTADO 2022
Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	1,9	1,13
		1,7	

1.2. Actividades a desarrollar:

La estrategia de autoevaluación se realiza en forma anual, con el objetivo de evaluar el grado de preparación e implementación del Sistema Único de Acreditación, el cual contó con dos fases:

Autoevaluación Cualitativa: La cual inició en **octubre** está enfocado a cada referente y /o líder redactara las fortalezas de cada uno de los estándares de acuerdo a la hoja radar, direccionado por la referente de acreditación.

Autoevaluación Cuantitativa: Inició en noviembre esta se realizará en dos días con la participación de los integrantes de las mesas primarias aplicando la hoja radar direccionado por la referente de acreditación.

1.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia:

La calificación de la autoevaluación del sistema Único de Acreditación 2022 arroja 1,9 evidenciando mejora con respecto a las autoevaluaciones anteriores 2020 (1,3) 2021 (1,7) 2022 (1,9); procesos que mejoraron un cierto grado de avance (Proceso de Atención del Cliente Asistencial de 1,7 a 1,9) Direccionamiento de 1,7 a 1,9 Gerencia de 1,6 a 1,7, Talento Humano de 1,4 a 1,9, Gestión del Tecnología 1,5 a 1,6; los procesos que evidencian una mejora significativa son los estándares de mejoramiento de 1,9 a 2,6 ya que se ha fortalecido la mejora institucional mediante la implementación de:

- Mesas de mejoramiento primarias, mesas de mejoramiento secundaria, mesa de mejoramiento de tercer nivel.
- Proceso de referenciación comparativa.
- Estrategias de cultura organizacional- Miércoles de Calidad.

1.4. Fuente de información resolución 408 de 2018.

Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior.

1.5. Evidencias y soportes

Matriz de Autoevaluación 2022, Actas de seguimiento autoevaluación Octubre 2022, Actas de participación autoevaluación Cuantitativa Nov 22, informe de autoevaluación cualitativa 2022 e informe de ejecución autoevaluación 2022.

CALIFICACIÓN AUTOEVALUACIÓN POR GRUPO DE ESTANDARES					
	2019	2020	2021	2022	PROMEDIO
PACAS	2,1	1,4	1,7	1,9	1,8
DIRECCIONAMIENTO	1,7	1,9	1,7	1,9	1,8
GERENCIA	2,2	1	1,6	1,7	1,6
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	1,7	1,2	1,4	1,9	1,6
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	2,4	1,6	1,7	1,7	1,9
AMBIENTE FISICO	2,5	1,6	1,8	1,8	1,9
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	1,7	1,3	1,5	1,6	1,5
MEJORAMIENTO	2,2	1	1,9	2,6	1,9
TOTAL	2,0	1,3	1,7	1,9	1,7

1.6. Responsable

Johana Bolívar Cuellar – Referente de Calidad
María Alexandra Bolívar Pineda – Referente de Acreditación.

2. INDICADOR: EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

2.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2020	2021	2022	2023
90%	90%	90%	90%

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022
Relación del 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 auditoria registrados en el PAMEC	≥90%	100%	91%	97.7%

Anexo. PAMEC 2022

Actividades Ejecutadas	1023	97.7%
Actividades Programadas	1047	

2.2. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Se obtiene la ejecución del plan de acción dispuesto en el PAMEC para las 10 sedes de la institución otorgándose el 99,6% para el año 2022, rango dentro del margen de la meta institucional equivalente a 1023 actividades ejecutadas de 1027 programadas, documentado en el CA-PRI-01 Programa de auditoria para mejoramiento de la calidad de la atención en salud – PAMEC para cada una de las sedes.

Las actividades y acciones permitieron generar la identificación de procesos críticos y oportunidades de mejora en la ESE Región de Salud Soacha de Soacha, priorizados para los procesos de Gestión de servicios hospitalarios, Gestión de servicios de urgencias, Gestión de Servicios Ambulatorios y Enlace con el Usuario, familia y comunidad, mediante la utilización de herramientas diagnósticas y de mejoramiento continuo de la calidad para la prestación de servicios de salud provistas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Otorgándose el control y disminución de los riesgos potenciales en la prestación de servicios a los usuarios, aumentando los beneficios de la atención en términos de costo-eficiencia y costo-efectividad con un enfoque hacia el mejoramiento de los resultados del proceso asistencial.

Para tal fin se expone en la siguiente tabla, la distribución de actividades dispuestas en la totalidad de sedes, para el periodo comprendido del PAMEC de enero a diciembre del 2022.

AÑO 2022			
SEDE	Actividades Ejecutadas	Actividades programadas	Porcentaje
Hospital	98	100	98
Especialistas	103	108	95,37
Consulta Externa	102	108	94,44
Ciudad Latina	103	108	95,37
Dispensa	102	108	94,44
Granada	103	103	100
Luis Carlos Galan	103	103	100
Pablo Neruda	103	103	100
Santillana	103	103	100
Sibate	103	103	100
Total	1023	1047	97,71

2.3. Actividades a desarrollar

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), se acogió a los lineamientos técnicos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales fueron:

- Se efectuó la Autoevaluación identificando los posibles problemas de calidad en la Institución, mediante la elaboración de un diagnóstico.
- Se realizó la Selección de Procesos a Mejorar y priorización de los mismos bajo la metodología de riesgo, costo y volumen.
- Se realizó la definición de Calidad Esperada, definiéndose la meta hacia la que quiere llegar la institución, según el problema de calidad priorizado y análisis de la calidad observada, medición inicial del desempeño de los Procesos.
- Se determinó el Plan de Acción para los Procesos seleccionados determinándose las actividades a desarrollar, cronograma de ejecución, resultados obtenidos, seguimiento y evidencias recolectadas.
- Se evaluó el Mejoramiento de manera continua el avance de los planes de mejoramiento, mensual y trimestralmente.
- Se realizó la socialización de resultados mediante el Aprendizaje Organizacional de acuerdo al cumplimiento del plan de acción y planteamiento de nuevas oportunidades de mejora para el 2023

2.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

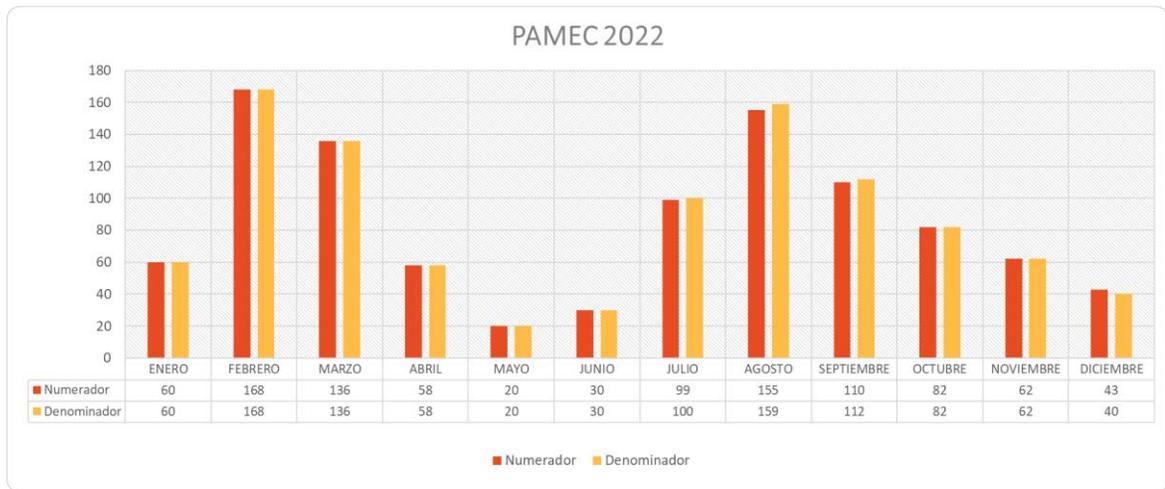
Reporte de la Superintendencia Nacional de Salud

2.5. Evidencias y soportes

Matriz Anexo PAMEC 2021

Reporte de la Superintendencia Nacional de Salud ST-002, Memorias Aprendizaje Organizacional y Actas de socialización.

Destacándose a continuación el total de actividades programadas y ejecutadas mes a mes en la ESE, con cobertura en la totalidad de las sedes.



Documento Institucional en Word - Adobe Acrobat Reader (64-bit)

Archivo Edición Ver Firmar Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Documento Institu... x

Iniciar sesión

NIT	RAZÓN SOCIAL	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.
800099860	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO	1.000	NO CUMPLE
860024030	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO DE PUERTO SALGAR	1.000	NO CUMPLE
900058218	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE RICAURTE	0.875	NO CUMPLE
900036553	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA	0.947	CUMPLE
900283194	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DE SALES	1.000	NO CUMPLE
860023999	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	0.933	NO CUMPLE
832000029	E.S.E. HOSPITAL HILARIO LUGO DE SASAIMA	0.954	NO CUMPLE
899999158	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO	0.916	NO CUMPLE
808003500	HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E.	0.866	NO CUMPLE
832001794	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA	NO REPORTÓ	NO CUMPLE
800006850	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	0.977	NO CUMPLE
860023878	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIVINO SALVADOR DE SOPO	0.948	NO CUMPLE
832011441	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO SUESCA	1.000	CUMPLE
899999164	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO	0.800	NO CUMPLE

ESP 2:40 p. m.
INTL 2/04/2023

2.6. Responsable

Johana Bolívar Cuellar – Referente de Calidad

3. INDICADOR: GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

3.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2020	2021	2022	2023
90%	90%	90%	90%

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022
Numero de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Numero de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación	90%	81%	72%	57,4%

El alcance del indicador, se obtiene de la matriz de evaluación de la Gobernación donde se logra evidenciar la cantidad de metas que alcanzaron el objetivo propuesto para el año.

De un total de 47 metas (Indicadores POA), se lograron alcanzar su objetivo un total de 26 indicadores. En ese orden de ideas $27/47 = 57,4\%$ de cumplimiento en la ejecución de las Gestión del Plan Operativo Anual.

3.2. Actividades a desarrollar

Durante la vigencia 2022, se llevaron a cabo los siguientes indicadores POA con sus respectivas metas y el respectivo porcentaje de ejecución para la vigencia:

INDICADORES	META AÑO 2022	RESULTADO	ESTADO
1. Elaborar y ejecutar en un 100% Plan de trabajo en Habilitación del Hospital y sus sedes.	100%	91,40%	No Cumple
2. Alcanzar el 100% del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad.	100%	99,60%	No Cumple
3. Alcanzar el plan de mejoramiento del Monitoreo de la calidad en un 80% MOCA de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, con base en los indicadores de la Resolución 256 de 2016.	80%	81,80%	Cumple

INDICADORES	META AÑO 2022	RESULTADO	ESTADO
4. Lograr 2,04 en la autoevaluación de acreditación, respecto a la vigencia anterior	2,04	1,9	No Cumple
5. Alcanzar el 85% de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento del SUA	85%	41,10%	No Cumple
6. Implementar en un 94% el programa de seguridad del paciente	94%	89,80%	No Cumple
7. Ejecutar el 100% del plan de trabajo definido en forma conjunta por las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud públicas que conforman la Región en Salud a la que pertenecen de acuerdo a la Reorganización de la Red de acuerdo con la Hoja de Ruta establecida por la secretaria de Salud para la vigencia 2021	100%	100,00%	Cumple
8. Implementar el portafolio de servicios en la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha en un 67% de acuerdo con la tipología definida en la Reorganización de la Red teniendo en cuenta el trabajo articulado de la Región en salud y la sostenibilidad financiera de los servicios en el tiempo.	67,00%	89,90%	Cumple
9. Implementar el portafolio de servicios en los centros de salud de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha un 50% de acuerdo con la tipología definida en la Reorganización de la Red teniendo en cuenta el trabajo articulado de la Región en salud y la sostenibilidad financiera de los servicios en el tiempo.	50%	63,60%	Cumple
10. Implementar el portafolio de servicios en los Puestos de Salud de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha un 78% de acuerdo con la tipología definida en la Reorganización de la Red teniendo en cuenta el trabajo articulado de la Región en salud y la sostenibilidad financiera de los servicios en el tiempo.	78%	89,80%	Cumple
11. Alcanzar el 15% de tamizaje en salud oral a través de la consulta de primera vez por momento de curso de vida.	15%	19,50%	Cumple
12. Alcanzar un 50% de tratamientos terminados de Caries en pacientes de 0 a 69 años	50%	47,50%	No Cumple
13. Alcanzar el 45% tamizaje para diabetes de la población mayor de 19 a 69 años con sitio de atención EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA.	45%	53,30%	Cumple

INDICADORES	META AÑO 2022	RESULTADO	ESTADO
14. Alcanzar el 85% de la canalización de la población de 19 a 69 años con riesgo de diabetes, con sitio de atención EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA.	85%	67,70%	No Cumple
15. Controlar al 62% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus.	62%	29,70%	No Cumple
16. Alcanzar el 45% del tamizaje para hipertensión de la población 19 a 69 años con sitio de atención EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA.	45%	53,30%	Cumple
17. Alcanzar el 85% de canalización de la población de 19 a 69 años con riesgo de Hipertensión, con sitio de atención EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA.	85%	70,90%	No Cumple
18. Lograr controlar al 72% de los pacientes diagnosticados con Hipertensión.	72%	37,60%	No Cumple
19. Realizar tamizaje de cáncer de mama al 70% de las mujeres entre 50 - 69 años, acorde a la guía de detección temprana de cáncer de seno.	70%	15%	No Cumple
20. Realizar seguimiento al 100% de las mamografías positivas de mujeres entre 50 - 69 años, acorde a la guía de detección temprana de cáncer de seno.	100%	100,00%	Cumple
22. Realizar tamizaje de cáncer cuello uterino al 70% de las mujeres mayores de 25 años, con sitio de atención en la Empresa Social Del Estado Región de Salud Soacha, bajo el esquema 1-3-3.	70%	10,10%	No Cumple
23. Alcanzar el tamizaje para detección temprana de cáncer de próstata en 70%, con antígeno prostático, en hombres mayores de 50 años.	70%	21,80%	No Cumple
24. Realizar seguimiento al 100% los resultados positivos de antígeno prostático a hombres mayores de 50 años.	100%	100,00%	Cumple
25. Mantener en un 85% la proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 al control prenatal en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA.	85%	39,90%	No Cumple
26. Alcanzar al 70% la Proporción de gestantes con mínimo cuatro controles prenatales (mínimo 1 en cada trimestre).	70%	93,00%	Cumple
27. Ejecutar el plan de acción de morbilidad materna extrema en un 100%	100%	100,00%	Cumple

INDICADORES	META AÑO 2022	RESULTADO	ESTADO
28. Reducir los casos la incidencia de Sífilis Congénita (cero casos) de la población capitada con la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha.	0	100%	Cumple
29. Realizar seguimiento en un 100% a los casos de salud mental reportados (diferentes tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos mentales) identificados.	100%	100,00%	Cumple
30. Realizar el 100% del Plan de Acción de Salud Mental.	100%	100,00%	Cumple
31. Alcanzar el 91% de la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses.	91%	89,40%	No Cumple
32. Mantener la prevalencia de desnutrición aguda debajo de un 6%	≤ 6%	1,40%	Cumple
33. Mantener al 100 % la estrategia IAMI en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	100%	90,40%	No Cumple
34. Alcanzar el 95% de coberturas útiles de vacunación con los biológicos trazadores que hacen parte del esquema PAI	95%	74%	No Cumple
35. Mantener la proporción de reingreso hospitalario por IRA, en menores de 5 años, durante el periodo el 0%	0%	0,30%	No Cumple
36. Alcanzar 2.000 consultas de los servicios amigables para jóvenes y adolescentes en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA.	2000	1909	No Cumple
37. Lograr el 92% la satisfacción global de los usuarios de la IPS	92%	97,30%	Cumple
38. Ejecutar en 100% el plan de mejora de PQRS.	100%	98,50%	No Cumple
39. Lograr el 16% del total de residuos reciclables generados en la institución a través de la prestación de servicios.	16%	28,30%	Cumple
40. Implementación en un 80% del Manual Institucional de Compras Sostenibles.	80%	81,8%	Cumple
41. Disminuir en 5 toneladas la huella de carbono medida con la calculadora ambiental Dptal. implementando las líneas de acción (AGUA, ENERGIA, RESIDUOS).	5	7	Cumple
42. Alcanzar el 53% de la recuperación de cartera mayor a 360 días	53%	53,80%	Cumple
43. Alcanzar la recuperación del 57% de la cartera establecida en presupuesto	57%	106,30%	Cumple

INDICADORES	META AÑO 2022	RESULTADO	ESTADO
44. Mantener en un 100% el plan de implementación del sistema de costos en la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha	100%	100%	Cumple
45. Alcanzar el 100% del plan de acción de MIPG, planteado para la vigencia 2022	100%	100%	Cumple
46. Lograr el 92% la adherencia a las guías de práctica clínica de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años.	92%	96,40%	Cumple
47. Lograr en 92% en la adherencia a las guías de práctica clínica de enfermedad hipertensiva	92%	97,80%	Cumple
48. Realizar seguimiento al 100% los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externas.	100%	100%	Cumple

3.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Desarrollo Institucional superiores al 90% por cada anualidad.

Adicional, cada cierre de vigencia se plantean planes de mejora y de choque para contrarrestar el resultado de los metas que no alcanzaron su objetivo.

3.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

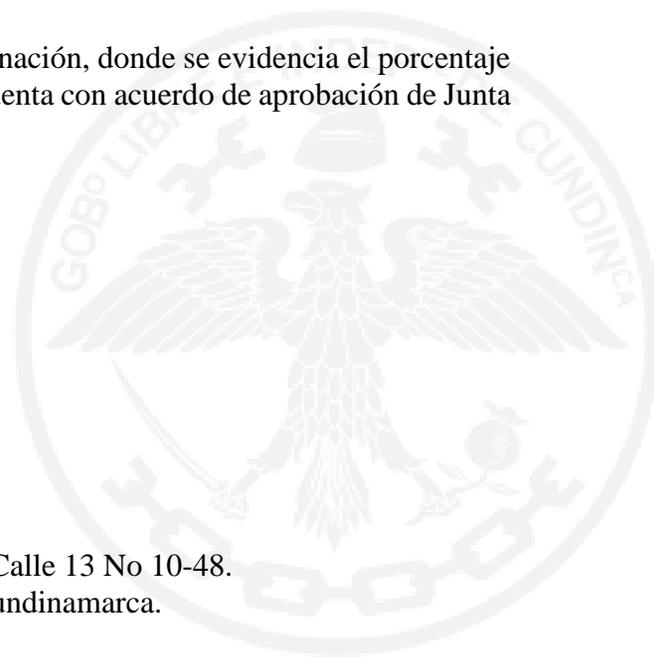
Informe del responsable de planeación de la Institución, de lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener; el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada uno de ellas (SI/NO); y el cálculo del Indicador.

3.5. Evidencias y soportes

Se anexa matriz de seguimiento y evaluación de la Gobernación, donde se evidencia el porcentaje de cumplimiento para cada una de las metas. Aún no se cuenta con acuerdo de aprobación de Junta Directiva.

3.6. Responsable

Carlos Andrés Bustos Nova – Referente de Planeación.
Jhojan Andrés Sánchez Ruiz - Apoyo Planeación.



B. INDICADORES DE FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

4. INDICADOR: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

1.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2020	2021	2022	2023
Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022
Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Riesgo Bajo	NA	NA	NA



5. INDICADOR: EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

5.1. Información del Indicador.

La unidad de valor relativo **UVR**, pondera la producción de los servicios de salud, y los diferencia por nivel de complejidad.

La funcionabilidad del indicador de la Unidad de Valor Relativo UVR es que los ingresos (recaudos) sean mayores que los gastos, es decir que la ESE Región de salud Soacha, sea auto sostenible, permitiendo calcular la variación entre dos vigencias.

HALLAZGOS DEL INDICADOR

Los Gastos totales de la vigencia 2022 son por la suma de \$ **55.037.115.764**, clasificados así: gastos de funcionamiento, la suma de \$ 11.702.203.056, y gastos de operación comercial, la suma de \$ 43.334.912.708, con un incremento del gasto total, sobre la vigencia 2021, por valor de \$ 5.823.509.181, equivalentes a un **11.8%**.

La Producción total de la vigencia 2022, fue de \$ 62.123.202.737, la que, frente a la producción del 2021 de \$ 60.015.924.045, arrojó un incremento del **3,5%**, únicamente, con una variación absoluta de \$ 2.107.278.692.

De acuerdo a la anterior información encontramos que las ventas totales se incrementaron en un 3.5%, mientras que los gastos totales tuvieron un incremento del 11,8%, lo que nos da un desfinanciamiento de Gastos en un **-8,3%**, equivalentes a \$ -3.716.230.489.

El Gasto creció, pero la producción NO; con este resultado no alcanzamos un **EQUILIBRIO financiero con unidades de Valor Relativo producidas**.

variable: Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018); calculado con base en **UVR producidas, \$ 21.185,25.**

producción equivalente UVR, \$ 2.597.897,96.

Resultado del indicador, ponderación vigencias 2022 / 2021 = 1,1380

Toda la información anterior, es la validada en el aplicativo SIHO 2193, FICHA TECNICA, con corte 31 de diciembre de 2022, comparada con la vigencia anterior, convalidada por el MINPROTECCION, mediante la ficha técnica del SIHO, expedida el 15 de marzo de 2023.

PROYECCIÓN DE METAS			
2020	2021	2022	2023
< 0,9	< 0,9	< 0,9	< 0,9

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022	Resultado Indicador
((Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / No. De UVR Producidas en la vigencia objeto de evaluación)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Numero UVR producidas en la vigencia anterior))	< 0.90	1,2807	0,7678	1.138	

Vig. Actual 2022	Gastos Funcionamiento	11.702.203.05 6	55.037.115.76 4	21.185,2 5	1,1380
	Gastos Operación Comercial	43.334.912.70 8			
	Producción vigencia	62.123.202.73 7	2.597.897,96		
Vig. Anter. 2021	Gastos Funcionamiento	31.625.444.69 2	49.213.606.58 3	18.615,5 1	
	Gastos Operación Comercial	17.588.161.89 1			
	Producción vigencia	60.015.924.04 5	2.643.688,53		

Como resultado de la información de la línea base del indicador, en la vigencia 2022, no alcanzamos la meta en la evolución del gasto por unidad de valor relativo producida, siendo superior, la cual fue de **1,1380**.

5.2. Actividades a desarrollar

1. Realizar la Planeación, control y disminución de los Gastos; no solicitando recursos para contratar de manera desmedida y sin ninguna planeación, como fue el caso de las OPS por mano de obra del área de enfermería, los cuales no fueron reintegrados dentro de la vigencia

por no tramitarse la liquidación oportuna de las OPS. Incremento en el Gasto por concepto de adquisición de bienes y servicios tanto de funcionamiento como de operación.

Contención del Gasto en la medida que la producción disminuye, lo que impacta en la disminución del Recaudo, por disminuir la posibilidad de cobro y nos arroja el desfinanciamiento tanto con reconocimientos como con recaudo efectivo, como fue el resultado de la vigencia 2022.

2. Control y mediciones reales de las actividades de salud contratadas con terceros, que son de apoyo a la operación misional; servicios operados por terceros: laboratorio clínico, imagenología y tac, terapias integrales, oftalmología y sub especialidades, gastroenterología y endoscopia digestiva, ortopedia y sub especialidades, ya que arrojaron un alto costo y un gasto que no fue acorde a la producción de estas especialidades y que no recuperamos en su totalidad.
3. Realizar la Optimización en la oferta y prestación de los servicios a nivel institucional permitiendo incrementar la Producción total y mantener el crecimiento de los reconocimientos mínimo en un **11.8%**, base del crecimiento del Gasto de la vigencia 2022, para alcanzar financiamiento con reconocimientos.

5.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Obtener en cada vigencia del cuatrienio de gestión una evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida menor a 0,90

5.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

5.5. Evidencias y soportes

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA				
Variable	2020	2021	2022	
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,34	1,64	1,33	
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,02	1,02	0,96	
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,11	1,35	1,21	
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,79	0,71	0,82	
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	24.116,06	22.701,59	23.912,87	
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	24.246,33	18.615,51	21.185,25	
Gasto de personal por UVR (\$)	11.566,25	8.959,43	10.381,32	

5.6. Responsable

Jorge Enrique Pedraza – Subgerente Administrativo y Financiero.

Juan David Garzón Ríos – Presupuesto.

6. INDICADOR: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO-QUIRURGICOS ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS:

- Compras conjuntas
- Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado
- Compras a través de mecanismos electrónicos.

6.1. Información del Indicador

Con respecto a la vigencia 2022 se adelantó un proceso de compra conjunta, la cual buscaba generar una optimización de recursos a través de economías de escala, al concentrar las necesidades en una misma invitación y de igual forma incentivar una mayor transparencia y publicidad del proceso.

PROYECCIÓN DE METAS			
2020	2021	2022	2023
≥70%	≥70%	≥70%	≥70%

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022
Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.	≥0.70		0	0.7447

Valor total adquisiciones de Medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de E.S.E. (c) compras a través de mecanismos electrónicos	\$ 4.512.500.000	74.47%
Valor total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico quirúrgico	\$ 6.059.644.794	

6.2. Actividades a desarrollar:

- Estructurar el Plan de Compras, incluyendo las necesidades de medicamentos de la institución que sirva como insumo para la adquisición por cualquiera que sea el mecanismo.

- Revisar periódicamente el cumplimiento y suministro oportuno de los medicamentos e insumos médico quirúrgicos, en la atención integral de nuestros usuarios.

6.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia:

Realizar adquisición de medicamentos y material medico quirúrgico con el fin de reducir los costos directos y aprovechar las oportunidades que brinda el mercado

6.4. Fuente de información resolución 408 de 2018.

Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá:

1. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a, b y c.
2. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra.
3. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada
4. Aplicación de la fórmula del indicador.

6.5. Evidencias y soportes

Certificación de Revisoría Fiscal Compras Conjuntas

Ejecución Presupuestal Pasiva 31-12-2022

Convenio de Apoyo Interinstitucional de Compras Conjuntas

6.6. Responsable

Jorge Enrique Pedraza – Subgerente Administrativo y Financiero.



7. INDICADOR: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA O POR OPS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR

7.1. Información del Indicador

Actualmente la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, en cumplimiento del indicador de monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta o por OPS y variación del monto frente a la vigencia anterior, ha dado cumplimiento de forma oportuna con respecto al pago de los servicios prestados por contratistas y funcionarios de Planta.

Es importante resaltar que se ha venido realizando acompañamiento por parte del proceso de contabilidad recordando a los supervisores la importancia de la oportunidad en la entrega de las cuentas de cobro para realizar el reconocimiento de las obligaciones adquiridas por la E.S.E. derivadas de la prestación de servicios de los contratistas.

PROYECCIÓN DE METAS			
2020	2021	2022	2023
0	0	0	0

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022
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 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 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 anterior)	Cero (0) con variación negativa	0	0	0

7.2. Actividades a desarrollar:

1. Realizar recordación a los supervisores de la importancia de la presentación de las cuentas de cobro en los tiempos establecidos para su causación y reconocimiento.

2. Para poder cumplir con la oportunidad de pago a los funcionarios de Planta de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, el proceso de Talento Humano deberá realizar la confirmación de Nomina antes del 27 de cada mes, para realizar la validación y posteriormente el pago por parte de Tesorería.
3. Fortalecer el cronograma de entrega de cuentas de cobro con sus respectivos soportes al personal contratado por OPS, para realizar los pagos en los tiempos establecidos por el direccionamiento de la entidad.
4. Coordinar con el área de tesorería los pendientes de pago a fin de ser informados oportunamente a la Gerencia para realizar el trámite de pago.

7.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia:

Durante el cuatrienio el compromiso de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha es realizar el pago de manera oportunamente al personal de planta por concepto de sueldos, así mismo a los contratistas por su prestación de servicios ya sea por honorarios como por remuneración de servicios.

7.4. Fuente de información resolución 408 de 2018.

Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.

7.5. Evidencias y soportes

Certificación Revisoría Fiscal - Deuda por Salarios

7.6. Responsable

Jorge Enrique Pedraza – Subgerente Administrativo y Financiero.



8. INDICADOR: UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS

8.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2020	2021	2022	2023
4	4	4	4

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022
Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	4	4	4

8.2. Actividades a desarrollar

Durante la vigencia del año 2022, de manera trimestral se realizó la consolidación, verificación y validación de la información de las bases de datos de las prestaciones de servicios realizados por cada uno de los procesos de la institución y en cada una de las vigencias a comparar, dando como resultados los productos que a continuación se relacionan.

Para el año 2022 se presentaron los siguientes informes:

- Informe de Frecuencia de Uso Comparativo IV Trimestre 2019, 2020 y 2021
- Informe de Frecuencia de Uso Comparativo Anual 2019, 2020 y 2021
- Informe de Frecuencia de Uso Comparativo I Trimestre 2020, 2021 y 2022
- Informe de Frecuencia de Uso Comparativo II Trimestre 2020, 2021 y 2022
- Informe de Frecuencia de Uso Comparativo III Trimestre 2020, 2021 y 2022

Los informes relacionados fueron presentados en las juntas directivas en las siguientes fechas:

- I Trimestre: Presentado en abril 7 de 2022.
- II Trimestre: Presentado en julio 28 de 2022.
- III Trimestre: Presentado en diciembre 29 de 2022.
- IV Trimestre: Radicado el 31 de Enero de 2023.

8.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

El compromiso planteado por la gerencia es cumplir con el 100% de este indicador durante todas las vigencias. Para la vigencia 2022 se presentaron cinco informes de Frecuencia de Uso basados en los RIPS de las atenciones realizadas a los pacientes, cumpliendo así con la meta del indicador.

8.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

La fuente de información para la realización de los informes de frecuencia de uso es nuestro Sistema de Información Dinámica Gerencial, en donde se encuentra consolidada toda la información de las atenciones prestadas y los RIPS generados de las mismas.

8.5. Evidencias y soportes

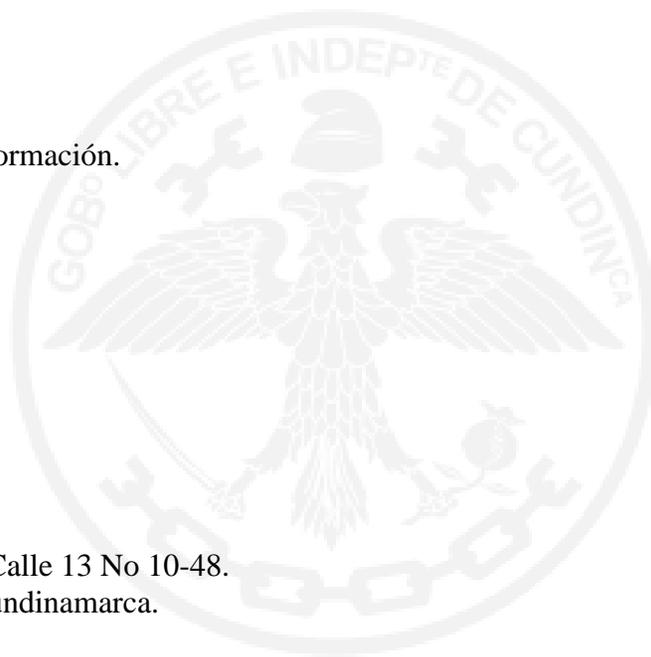
La evidencia del cumplimiento de este indicador y de la presentación y entrega de los informes de Frecuencia de Uso basados en los Rips, se encuentran plasmadas en las actas de las juntas directivas en las cuales se realizó la presentación ante los honorables miembros de junta así:

- ✓ ACTA 001 del 07 de abril de 2022, en esta junta se presentaron los informes de Frecuencia de Uso Comparativo IV Trimestre de los años 2019, 2020 y 2021, y el Informe de Frecuencia de Uso Comparativo Anual vigencias 2019, 2020 y 2021
- ✓ ACTA 009 del 28 de Julio de 2022, en esta junta se presentaron los informes de Frecuencia de Uso comparativo I Trimestre de los años 2020, 2021 y 2022 y el informe comparativo correspondiente al II trimestre de las mismas vigencias.
- ✓ ACTA 18 del 29 de diciembre de 2022, durante el desarrollo de esta junta se presentó el Informe de Frecuencia de Uso correspondiente al comparativo de la vigencia III trimestre de 2020, 2021 y 2022.
- ✓ Correo Radicado a los miembros de la Junta Directiva de la frecuencia de uso correspondiente al comparativo de la vigencia IV trimestre de 2020, 2021 y 2022.

A los correos de los miembros de la Junta Directiva se allegaron los informes presentados en cada sesión de la Junta Directiva con antelación a la presentación para su conocimiento y fines pertinentes.

8.6. Responsable

Johana Bolívar Cuellar – Referente de Calidad
Mónica Adriana Reina Mora – Referente Sistemas de Información.



9. INDICADOR: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

9.1. Información del Indicador

Se realizó la gestión del recaudo para la financiación de los compromisos adquiridos, así como el seguimiento y control a la recuperación de la cartera por la venta de los servicios, para financiar el GASTO. Para la vigencia **2022** no se alcanzó a financiar el gasto con el total del recaudo.

La fuente de financiación son los Ingresos totales RECAUDADOS de la vigencia 2022, que ascendieron a \$ 57.349.717.067, representando un incremento sobre el total recaudado de la vigencia 2021, del **13.8%**, producto de la recuperación de los servicios facturados y pagados por las entidades prestadoras de servicios de salud.

Tomamos los Gastos Comprometidos de la vigencia 2022, que fueron de \$ 59.724.319.052, con un incremento sobre los compromisos de la vigencia 2021, del **20.4%**, en donde se agrupan los gastos de funcionamiento y de operación comercial, en que incurrió la institución para su operación.

Con la anterior información, se busca el EQUILIBRIO PRESUPUESTAL, de la vigencia 2022, el que resulta de la financiación con los RECAUDOS efectivos, del total de los compromisos adquiridos, con un resultado de **0,96**; (por cada peso \$1.0, recaudado, no se financió sino 0,96, de cada compromiso, obteniendo un desequilibrio en la financiación del gasto, en un 0,04, por peso gastado.

La información anterior, es la validada en el aplicativo SIHO 2193, con corte 31 de diciembre de 2022, revisada por el MINPROTECCION, y consolidada en la ficha técnica del SIHO.

PROYECCIÓN DE METAS			
2020	2021	2022	2023
1,4	1,4	1,4	1,4

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022
Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor	≥1.00	1,02	1,02	0,96

comprometido de CxP de vigencias anteriores				
---	--	--	--	--

LINEA DE 2022	\$ 57.349.717.067	0,96
	\$ 59.724.319.052	

9.2. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Mantener en cada año de gestión del cuatrienio un equilibrio presupuestal que garantice un recaudo que cubra el pago de los compromisos adquiridos en una proporción $\geq 1,00$

Generar mayor Recaudo, con el cobro mensual de la cartera total recuperable, generando más efectivo Disponible en la vigencia, con un crecimiento que garantice la financiación total de los compromisos de cada vigencia

Ajustar los GASTOS de FUNCIONAMIENTO y de OPERACIÓN COMERCIAL, a la necesidad real para la operación de la ESE, ajustados a la posibilidad de Recaudo real, y no generar DEFICIT operacional, en cada una de las vigencias.

9.3. Actividades a desarrollar

1. Revisión de la programación mensual de RECAUDO, (informe de cartera), y seguimiento de las actividades mensuales de recaudo de cartera.
2. Optimización del recaudo mensual, por medio de acuerdos de pago y conciliación oportuna por parte de cartera.
3. Facturar y radicar el 100% de los servicios prestados.
4. Programación del gasto de acuerdo al recaudo aprobado para cada mes.
5. Realizar Conciliaciones, seguimiento y trazabilidad para el cobro mensual, de la cartera total recuperable, en busca de optimizar los RECAUDADOS en la vigencia, garantizando la financiación total de los compromisos.
6. Reporte oportuno del Recaudo efectivo de Tesorería, para la aplicación en el Ingreso, por Régimen y vigencia respectiva.
7. Reporte de la identificación de los Recaudos efectivos, provenientes de las EAPBS, por parte de Cartera, para así establecer las vigencias giradas, régimen y entidad pagadora.
8. Disminución, seguimiento y control, de los GASTOS de FUNCIONAMIENTO y de OPERACIÓN COMERCIAL, ajustándolos cada vez más a un plan anual de adquisiciones, que evidencie nuestra situación real por servicio y no se desborde de la posibilidad de financiamiento y posibilidad de pago, evitando el crecimiento de los pasivos, que nos pueda generar desequilibrio, en cada una de las vigencias.

9.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

9.5. Evidencias y soportes

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA			
Variable	2020	2021	2022
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,34	1,64	1,33
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,02	1,02	0,96
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,11	1,35	1,21
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,79	0,71	0,82
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	24.116,06	22.701,59	23.912,87
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	24.246,33	18.615,51	21.185,25
Gasto de personal por UVR (\$)	11.566,25	8.959,43	10.381,32

9.6. Responsable

Jorge Enrique Pedraza – Subgerente Administrativo y Financiero.

Juan David Garzón Ríos – Presupuesto.



10. INDICADOR: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR UNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA

10.1. Información del indicador

De acuerdo a la circular única emitida por la SUPERSALUD se deben reportar los archivos de tipo FT002, ST006, GT003, GT004, GT001, ST002, FT004, FT026, FT018, FT025.

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	100%	100%	0%

10.2. Actividades a desarrollar

El área de reportes revisa, organiza y valida la información a reportar de acuerdo a la circular única emitida por la Superintendencia Nacional de Salud. Se cuenta con una matriz de Reportes donde se evidencia plazo máximo de cargue y la frecuencia de reporte (Mensual, Trimestral y Anual).

La circular única emitida por la SUPERSALUD es un acto administrativo en el cual se reúnen en un solo cuerpo normativo todas las instrucciones a reportar de las entidades que se encuentran vigentes, donde se recopila, modifica y actualiza toda la información para la inspección, vigilancia y control.

10.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Mantener el cumplimiento oportuno de reporte dentro de los términos previstos de la normatividad vigente en la circular única emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, en los formularios y formatos establecidos en los anexos técnicos de la circular.

10.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

Reporte de Superintendencia Nacional de Salud

10.5. Evidencias y soportes

De acuerdo al correo informativo enviado por la Superintendencia Nacional de Salud, donde detallan los resultados de la Evaluación Desempeño de Gerentes Empresas Sociales del Estado evaluados por la Superintendencia Nacional de Salud (Indicadores 2 y 10) según la Resolución 408 de 2018 de MinSalud.

De: Soporte2 Vigilados <soporte2vigilados@supersalud.gov.co>
Date: vie, 10 mar 2023 a las 16:22
Subject: Archivo verificación cumplimiento indicadores 2 y 10 de la Resolución 408 de 2018
To: gerencia@tmgy.gov.co <gerencia@tmgy.gov.co>

Para detallar los resultados de la Evaluación Desempeño de Gerentes Empresas Sociales del Estado evaluados por la Superintendencia Nacional de Salud (Indicadores 2 y 10) según la Resolución 408 de 2018 de MinSalud, se remite el resultado de cada uno de estos a través del archivo adjunto. Tener en cuenta las siguientes pautas:

1. Cada indicador cuenta con una hoja de verificación.
2. Para identificar la ESE se debe hacer el filtro por la variable NIT, encontrada en la columna A de cada hoja.
3. En cuanto al indicador 10, recuerde que el no cumplimiento se debe por no reporte o reporte fuera de las fechas establecidas por la circular externa respectiva.
4. Para los archivos con periodicidad de reporte mensual o trimestral, pueden detallar el reporte a través de las hojas con Reporte FT018, FT025, FT004 y FT026*.

🌱 Deja tu huella y ayúdanos a salvar el planeta. Piénsalo bien antes de imprimir este mensaje y cualquier otro documento.

Soporte2 Vigilados

Mesa

Manejado por David Forero

soporte2vigilados@supersalud.gov.co

t: (571) 744 2000 ext.

D: Carrera 68a N° 24b-10, Torre 3, | Bogotá D.C., Colombia

www.supersalud.gov.co



En el archivo adjunto enviado por la Supersalud se detallan los resultados del Indicador 10 de la Resolución 408.

Nit	Razón Social	Indicador10
800006850	E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	NO CUMPLE

Donde se evidencia cada uno de los tipos de archivo y el estado del reporte del mismo.

ArchivoTipoFT002	ArchivoTipoST006	ArchivoTipoGT003	ArchivoTipoGT004	ArchivoTipoGT001
REPORTE CORRECTO				

ArchivoTipoST002	ArchivoTipoFT004	ArchivoTipoFT026	ArchivoTipoFT018	ArchivoTipoFT025
REPORTE CORRECTO	REPORTE CORRECTO	REPORTE CORRECTO	NO CUMPLE	REPORTE CORRECTO

El archivo de tipo FT018 - Datos para el cálculo del Riesgo de Liquidez, Presenta no cumple debido a que falta el reporte para el mes de diciembre 2021 y enero 2022. Esto afecta el cumplimiento de dicho indicador. Y es debido al desconocimiento de la normatividad por el referente encargado del reporte en su momento.

10.6. Responsable

Carlos Andrés Bustos Nova – Referente de Planeación.
Jhojan Andrés Sánchez Ruiz - Apoyo Planeación.

11. INDICADOR: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193

11.1. Información del Indicador

El decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud y Protección Social, establece las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional, las cuales serán de aplicación y obligatorio cumplimiento para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud.

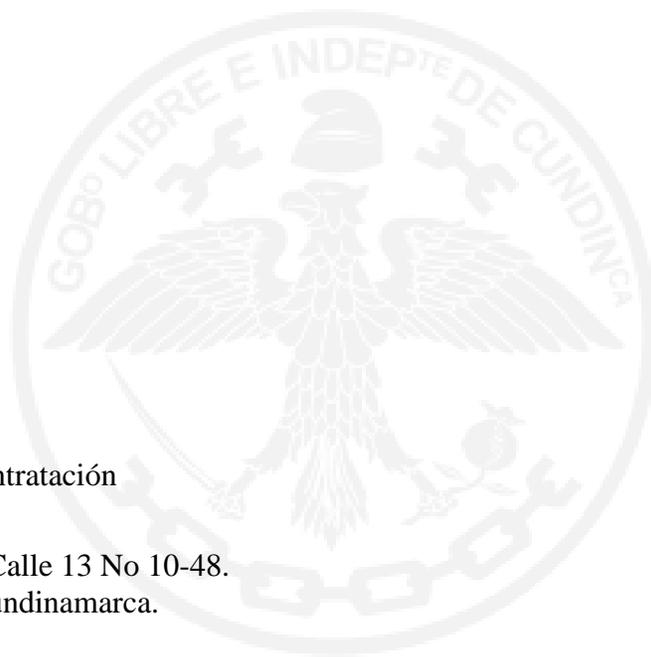
El reporte debe realizarse de manera trimestral y anual mediante la plataforma SIHO (Sistema de Información Hospitalaria) en cada periodo y en cada uno de los formularios establecidos para tal fin:

Reporte Anual:

- Datos Generales – Planeación
- Ingresos – Contabilidad
- Gastos – Contabilidad
- Facturación – Facturación
- Cartera por Deudor – Cartera
- Pasivos – Contabilidad
- Mecanismos de Pago – Contabilidad
- Balance General – Contabilidad
- Estado de Actividad – Contabilidad
- Producción – Calidad / Estadística
- Capacidad Instalada – Calidad
- Recursos Humanos – Talento Humano
- Pasivo Prestacional – Talento Humano / Contratación
- Infraestructura – Recursos Físicos / Planeación
- Procesos Judiciales – Jurídica

Reporte Trimestral:

- Datos Generales – Planeación
- Facturación – Facturación
- Cartera por Deudor – Cartera
- Pasivos – Contabilidad
- Balance General – Contabilidad
- Estados Actividades – Contabilidad
- Producción – Calidad / Estadística
- Ejecución Presupuestal – Presupuesto
- Nueva contratación 2020 – Talento Humano / Contratación
- Nuevo Calidad – Calidad / Estadística



- Procesos Judiciales – Jurídica
- Contratación 2019 – Talento Humano / Contratación
- Importar Balance General – Contabilidad
- Importar Estado Actividad – Contabilidad

La validación de la información reportada se hace en conjunto con los referentes de la Secretaría de Salud de Cundinamarca en fechas establecidas por ellos, quienes dan el aval de la revisión a cada uno de los formularios reportados, previo al reporte definitivo al Ministerio de Salud y Protección Social.

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumplimiento oportuno	Cumplimiento oportuno	Cumplimiento oportuno

11.2. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Realizar el reporte de manera oportuna y en los tiempos establecidos en el decreto 2193 de 2004, a la secretaria de Salud de Cundinamarca y al Ministerio de Salud y Protección Social, establecidos por la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha de la siguiente Manera:

REPORTE 2193	HMGY - SSC	SSC - MINISTERIO
TRIMESTRAL	23 DIAS	22 DIAS
ANUAL	-	30 DE ABRIL

Para los periodos trimestrales se debe reportar a más tardar dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la finalización de cada trimestre.

Para el reporte Anual se debe reportar a más tardar el 30 de abril de la vigencia siguiente.

11.3. Actividades a desarrollar

Tener presente las fechas de reporte a la secretaria de Salud de Cundinamarca y al Ministerio de Salud y Protección Social, hacer seguimiento trimestral a los referentes o líderes de proceso para que cumplan a cabalidad con el diligenciamiento de cada uno de los formularios activos y así lograr realizar el reporte de manera oportuna.

11.4. Fuente de información resolución 408 de 2018 Reporte del Ministerio de Salud y Protección Social

11.5. Evidencias y soportes

REPORTE DE ENTREGA TRIMESTRAL AL MINISTERIO

Excel Word Texto

Formularios No Entregados

Formularios Devueltos

(1) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Habilitación	Nombre	2022-03	2022-06	2022-09	2022-12
Cundinamarca	SOACHA	2575400380	E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	2022/06/02 (10:53:13)	2022/08/18 (10:10:09)	2022/11/29 (20:40:34)	2023/03/06 (16:46:49)

Reporte Trimestral 2193 – Plataforma SIHO, entregado al Ministerio de Salud y Protección Social.

FECHA MÁXIMA REPORTE AL MINISTERIO	FECHA REPORTE	OPORTUNIDAD REPORTE	
IV TRIM 2021	7/03/2022	2/03/2022	OK
I TRIM 2022	7/06/2022	2/06/2022	OK
II TRIM 2022	6/09/2022	18/08/2022	OK
III TRIM 2022	7/12/2022	29/11/2022	OK
IV TRIM 2022	6/03/2023	6/03/2023	OK
ANUAL 2022	30/04/2023	PENDIENTE	PENDIENTE

11.6. Responsable

Carlos Andrés Bustos Nova – Referente de Planeación.
Jhojan Andrés Sánchez Ruiz - Apoyo Planeación.



C. INDICADORES CLINICA ASISTENCIAL

21. INDICADOR: PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN

21.1. Información del Indicador

Para obtener el dato del indicador se utilizaron las siguientes bases de datos: Kardex de gestantes, Base de gravindex (Laboratorio), base de usuarios capitados y validación de historia clínica de gestantes identificadas antes de su primer control.

Para obtener el numerador se realizó el cruce de dichas bases para validar:

1. Validación de usuarias capitadas.
2. La base de KARDEX que cuenta con 797 pacientes, se gestiona los que cumplen para el primer control, de estos se revisan cada uno de las historias clínicas para validar la fecha dese el momento en que fueron identificadas y así poder sacar la edad gestacional desde cuando fueron captadas inicialmente.
3. La base de gravindex que cuenta con 138 pacientes, para captar un incremento posible de gestantes.
4. Cruce de historia clínica vs validación de fechas antes de su primer control

Depuración y Obtención del Indicador:

1. Base KARDEX: De la siguiente base se obtuvieron 797 gestantes, en las que:
 - a. 216 no están capitadas con la institución y son trasladadas a sus IPS primarias.
 - b. 361 cumplieron con su captación antes de la semana 12.
 - c. 220 no cumplieron con la captación y fueron captadas después de la semana 12.

BASE DE GESTANTES KARDEX														
DETALLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	
CUMPLE	37	38	28	32	50	33	17	41	26	21	18	20	361	581
NO CUMPLE	12	23	28	20	24	20	13	17	28	19	12	4	220	
POBLACIÓN NO CAPITADA	16	15	23	22	23	14	16	15	21	21	14	16	216	216
TOTAL	65	76	79	74	97	67	46	73	75	61	44	40	797	797

2. Base Gravindex:

- a. De esta base de 138 pacientes, se realiza el cruce con la base anterior para descartar las que ya se encuentran en el Kardex, de las cuales quedan 66.
- b. De las 66 pacientes, se depuran 21 ya que no aplican por no contar con la fecha de la última menstruación y no es posible calcular la edad gestacional, quedando una base de 45 gestantes.

BASE DE GESTANTES GRAVINDEX													
DETALLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
CUMPLE	3	5	6	3	2	1	2		1	1			24
KARDEX	7	5	7	6	9	5	6	11	3	8	2	2	71
NO CUMPLE	5	6	2	2	1		1	2		2			21
SIN FUM	3	6	2	2	2	3		1	2				20
TOTAL	18	22	17	13	14	9	9	14	6	11	2	2	137

* FUM: Fecha de Última Menstruación.

De lo anterior se obtienen los siguientes datos:

Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación de la vigencia objeto de evaluación	Cumplen = (361+24) = 385	61.5%
Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación	Total = (581+45) = 626	

PROYECCIÓN DE METAS			
2020	2021	2022	2023
0.86	≥0.85	≥0.85	≥0.85

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022
Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación de la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación	≥0.85	0.85	0,51	0,615

21.2. Actividades a desarrollar

Para el I trimestre del año, no se logró el cumplimiento de la meta. En el mes de febrero se logra que el laboratorio clínico genere reporte semanal de las pruebas de gravindex positivos, las cuales son direccionadas a la auxiliar responsable del seguimiento quien se encarga de verificar si la paciente es capitada o no en la institución y de esta manera asignar cita de primer control prenatal o brindar la educación para solicitud de su cita en la IPS asignada. Una de las principales dificultades que se presenta para la captación de estas usuarias son los datos errados de

georreferenciación (número de teléfono) o llamadas no efectivas (marcación en 3 oportunidades, e fechas diferentes y hora diferente y no se responde la llamada)

Para el II trimestre del año, no se logró el cumplimiento de la meta, de 34 usuarias capitadas con la ESE HMGY con prueba de embarazo positiva, se logran captar únicamente 22 usuarias con embarazo menor a 12 semanas. El reporte semanal de las pruebas de gravindex positivos, son direccionadas a la auxiliar responsable del seguimiento quien se encarga de verificar si la paciente es capitada o no en la institución y de esta manera asignar cita de primer control prenatal. De igual manera para este trimestre se identifica los seguimientos inefectivos por lo datos de georreferenciación.

Para el III trimestre de 2022 de 217 usuarias capitadas con la ESE HMGY con prueba de embarazo positiva, se logran captar únicamente 69 usuarias con embarazo menor a 12 semanas. El reporte semanal de las pruebas de gravindex positivos, son direccionadas a la auxiliar responsable del seguimiento quien se encarga de verificar si la paciente es capitada o no en la institución y de esta manera asignar cita de primer control prenatal. Por parte de secretaria de Salud de Soacha se hace envío por correo electrónico de base de usuarias con pruebas de embarazo positivas tomadas en laboratorio particular para hacer captación de las mismas, sin embargo, al verificar algunas de ellas las envían mes vencido por lo tanto son usuarias que ya cuentan con su primera consulta de control prenatal. Sin embargo, a partir de este trimestre se reportan a secretaria de salud de Soacha las pruebas de embarazo positivas con el fin de realizar captación por parte de las EAPBs al igual que se notifica directamente a ca EPS las usuarias que no es posible contactar.

Para el IV trimestre de 2022 de 152 usuarias capitadas con la ESE HMGY con prueba de embarazo positiva identificadas en inicio de control prenatal, se logran captar únicamente 62 usuarias con embarazo menor a 12 semanas. El reporte semanal de las pruebas de gravindex positivos, son direccionadas a la auxiliar responsable del seguimiento quien se encarga de verificar si la paciente es capitada o no en la institución y de esta manera asignar cita de primer control prenatal. Sin embargo, se sigue presentando la dificultad en establecer contacto efectivo con algunas usuarias para realizar la asignación de la cita por datos de georreferenciación errados o llamadas no efectivas.

21.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Para la vigencia 2022 se plantea alcanzar el cumplimiento del indicador al 85% o más teniendo en cuenta la línea base del 2019, se evidencia que persisten algunos factores externos que impactan de manera negativa el aumento o cumplimiento del mismo; dentro de las causas principales identificadas durante el periodo evaluado se encuentran la no canalización efectiva mediante llamada telefónica por falta de dato correcto de georreferenciación de la población a lo que se planteó como estrategia el envío directo de estos casos a cada EAPB con el fin de poder hacer la captación mediante las gestoras en salud que tiene cada EPS, otras de las causas que interfieren es la movilización constante de la población o cambio frecuente de su lugar de vivienda, el ingreso tardío a programa de CPN después de la semana 12 por causas asociadas a estilos de vida y/o barreras en el momento de la afiliación haciendo alusión principalmente a la población migrante irregular que tiene una alta afluencia en los municipios de Soacha Sibaté y Granada y las condiciones geográficas y socioeconómicas.

21.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

Informe comité de historias clínicas que como mínimo contenga: Listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación y que indique que se inscribió o no en el programa de control prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por medico; aplicación de la fórmula del indicador

21.5. Evidencias y soportes

- Ficha Técnica de POA
- Base general programa de gestantes
- Base seguimiento pruebas de embarazo positivas



INDICADOR	PERIODO	VALOR	VALOR OBJETIVO
INDICADOR	TRIMESTRAL	3,4%	3,4%
INDICADOR	SEMESTRAL	7,1%	7,1%
INDICADOR	ANUAL	100%	100%

INDICADOR	PERIODO	VALOR	VALOR OBJETIVO
INDICADOR	TRIMESTRAL	3,4%	3,4%
INDICADOR	SEMESTRAL	7,1%	7,1%
INDICADOR	ANUAL	100%	100%

INDICADOR	PERIODO	VALOR	VALOR OBJETIVO
INDICADOR	TRIMESTRAL	3,4%	3,4%
INDICADOR	SEMESTRAL	7,1%	7,1%
INDICADOR	ANUAL	100%	100%



Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad	N° Gestaciones	N° Partos	N° Cesareas	N° Abortos	N° hijos vivos	N° hijos muertos	Fecha del parto anterior o cuando nació el último hijo	Tuvo consulta preconcepcional	FUM	Semana de gestación actual	PPP	Adulto a CPN	Fecha inicio al CPN	Tiene carnet materno	Cuántas semanas tenía al inicio del CPN	N° Asistentes a CPN	Fec. último
ISABEL	CADENO	BELEÑO	CC	1141356338	2003-11-04	18	1	0	0	0	0	0	2018-12-19	NO	2022-06-24	26	2022-09-31	SI	2022-09-13	SI	12	4	2022
LEITTY	CASTAÑEDA	MATIAS	CC	1003750066	2002-01-02	20	2	1	0	0	1	0	2020-08-06	NO	2022-07-30	29	2023-05-06	SI	2022-09-11	SI	14	1	2022
MARCELA	SIERRA	YEPES	CC	1006007310	1996-02-26	26	4	2	0	1	2	0	2020-08-06	NO	2022-05-09	30	2023-02-13	SI	2022-09-05	SI	17	4	2022
JOHANA	DAZ	BURGOS	CC	1002322915	2001-10-30	21	2	1	0	0	1	0	2020-08-06	NO	2022-09-26	11	2023-07-03	SI	2022-12-13	SI	11	1	2022
FERNANDA	CRIDLO	ALONSO	TI	1023876019	2005-12-26	16	1	0	0	0	0	0	2020-08-06	NO	2022-05-05	33	2023-02-09	SI	2022-08-11	SI	15	5	2022
CAMILA	LOZANO	RINCÓN	CC	1000626644	2002-06-18	20	1	0	0	0	0	0	2020-08-06	NO	2022-05-15	30	2023-05-18	SI	2022-07-05	SI	7	5	2022
PAOLA	FLORINDO	ESPINEL	CC	1073862600	1989-04-08	33	5	3	0	1	3	0	2020-08-06	NO	2022-06-20	25	2022-03-29	SI	2022-06-20	SI	12	4	2022
JACQUELINE	ANGULO	ROMERO	CC	1087784438	1999-12-05	23	1	0	0	0	0	0	2020-08-06	NO	2022-10-13	9	2023-07-20	SI	2022-12-14	SI	9	1	2022
MARCELA	SANCHEZ	CAPRERA	CC	1109462294	1994-07-17	28	1	0	0	0	0	0	2020-08-06	NO	2022-06-15	27	2023-03-24	SI	2022-11-25	SI	23	2	2022
CAROLINA	FONSCA	GRANADA	CC	1000254071	2003-02-07	19	2	0	0	1	0	0	1800-01-01	NO	2022-06-03	24	2023-04-26	SI	2022-06-23	SI	14	4	2022
ESTHER	BARCENAS	LUOGO	CE	6247966	1990-01-19	32	3	3	0	0	3	0	1800-01-01	NO	2022-06-06	28	2023-03-13	SI	2022-06-13	SI	14	4	2022
ADRIANA	HERRERA	RESTREPO	PT	5448311	1995-01-07	27	3	2	0	0	2	0	1800-01-01	NO	2022-07-17	24	2023-04-23	SI	2022-10-11	SI	13	3	2022
IVONNE	PÉREZ	GONZÁLEZ	CC	1007123489	2000-09-08	22	1	0	0	0	0	0	1800-01-01	NO	2022-06-23	22	2023-01-30	SI	2022-08-09	SI	15	2	2022
NONE	GARZÓN	MORENO	CC	1003642658	2000-01-26	22	2	1	0	0	1	0	2017-07-07	NO	2022-01-24	39	2022-12-04	SI	2022-05-14	SI	16	6	2022
PAOLA	RAMÍREZ	VILLALOBOS	CC	1003642679	2002-08-23	19	1	0	0	0	0	0	1800-01-01	NO	2021-12-04	37	2023-01-02	SI	2022-06-10	SI	10	6	2022
AMPARO	GONZÁLEZ	GUERRERO	CC	1072197083	1997-12-26	24	1	0	0	0	0	0	1800-01-01	NO	2022-04-28	35	2023-02-02	SI	2022-06-10	SI	6	7	2022
JOHANNA	PEÑALOSA	PARRA	CC	1000124617	2001-12-06	20	2	0	0	1	0	0	1800-01-01	NO	2022-04-18	33	2023-01-23	SI	2022-06-17	SI	8	7	2022
ANGÉLICA	RAMÍREZ	JIMÉNEZ	CC	1072193191	1992-06-26	29	2	1	0	0	1	0	2017-03-08	NO	2022-04-06	37	2023-01-11	SI	2022-06-03	SI	8	9	2022
JHOANA	ARMADA	RANSEL	CE	5489336	2001-01-03	21	1	0	0	0	0	0	1800-01-01	NO	2022-04-01	32	2023-01-06	SI	2022-06-29	SI	13	7	2022
IVURLEY	VARGAS	PIZZA	CC	1072197961	1998-08-14	24	2	1	0	0	1	0	1800-01-01	NO	2022-06-02	29	2023-04-09	SI	2022-07-21	SI	7	7	2022
VANESSA	PEREA	SANCHEZ	CC	1072197167	1998-03-05	24	2	1	0	0	1	0	1800-01-01	NO	2022-05-15	33	2023-01-20	SI	2022-07-28	SI	15	6	2022
ESPERANZA	TORRES	GUTIÉRREZ	CC	1072895856	1995-05-23	27	3	1	0	1	1	0	2015-07-23	NO	2022-05-09	28	2023-03-08	SI	2022-07-17	SI	11	5	2022
CAROLINA	COLUMENARE	MARTÍNEZ	CC	1002982928	2002-01-19	20	3	0	2	0	0	0	1800-01-01	NO	2022-06-28	28	2023-04-04	SI	2022-08-25	SI	8	6	2022
ESTEFANY	CARDONA	GUERRERO	CC	1007123489	2000-09-08	22	1	0	0	1	1	0	2014-08-02	NO	2022-06-23	22	2023-01-30	SI	2022-08-09	SI	15	2	2022
NONE	SALCEDO	CORREDOIR	CC	1052391344	1991-01-06	31	2	1	0	0	1	0	2014-07-24	NO	2022-06-24	25	2023-03-31	SI	2022-08-30	SI	9	5	2022
MAYERLY	RAMÍREZ	RODRÍGUEZ	CC	1072194843	1995-05-05	27	5	2	0	2	2	0	2022-03-27	NO	2022-06-16	28	2023-03-23	SI	2022-08-30	SI	11	6	2022
NONE	FORERO	DAZA	CC	1012324616	2004-08-05	18	1	0	0	0	0	0	1800-01-01	NO	2022-07-13	21	2023-04-19	SI	2022-09-15	SI	9	4	2022
ANDREA	ZAMBRANO	REAL	CC	1006723934	2001-05-10	19	2	1	0	0	1	0	2014-08-02	NO	2022-06-17	18	2022-08-07	SI	2022-10-13	SI	9	3	2022
NONE	MALDONADO	TERAN	CE	3971906	2001-09-26	21	1	0	0	0	0	0	1800-01-01	NO	2022-04-27	31	2023-01-01	SI	2022-10-13	SI	24	3	2022
EDITH	GARCÍA	GUTIÉRREZ	CC	1072188316	1986-05-28	36	3	2	0	0	2	0	2012-12-15	NO	2022-07-18	19	2023-03-08	SI	2022-10-20	SI	11	3	2022
PAOLA	NEIRA	VARGAS	CC	1072192065	1999-07-30	23	2	1	0	0	1	0	2019-08-30	NO	2022-07-17	15	2023-05-17	SI	2022-10-29	SI	10	3	2022
RUBIELA	IBÁÑEZ	ESTUPIÑÁN	CC	1072192130	1991-08-03	31	2	1	0	0	1	0	2009-06-03	NO	2022-06-28	12	2023-06-04	SI	2022-08-27	SI	8	3	2022
NONE	SALAZAR	NOAP	CC	1072192661	1992-04-03	30	5	2	0	2	2	0	2012-12-18	NO	2022-06-10	9	2023-07-08	SI	2022-12-01	SI	9	1	2022

21.1. Responsable
 Ivonne Marcela Bello – Subgerente Comunitaria.
 Rocío del Pilar Vásquez – Referente Salud Sexual y Reproductiva.

22. INDICADOR: INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE

22.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2020	2021	2022	2023
0	0	0	0

Indicador	Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022
Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	0 casos	0	1	0

La sífilis es una infección de importancia epidemiológica, ya que afecta a la mujer en periodo de gestación y al feto 1,2. El 1% de gestantes ha sido diagnosticada con sífilis gestacional (SG) siendo la segunda causa de muerte fetal a nivel mundial. La sífilis congénita a nivel nacional presenta incremento en el número de casos confirmados y en la incidencia a partir del 2020, que puede estar relacionado con los efectos de la pandemia, con el cierre o restricción para acceder a servicios de salud sexual y con la reorientación de los esfuerzos de salud pública en las enfermedades de transmisión sexual a la mitigación del COVID-19.

En Colombia para el 2022 fueron notificados 1686 casos reportando una incidencia de 2,7 por cada 1000 NV + Mortinatos casos con procedencia y residencia nacional como característica importante, presentando una disminución en relación al año 2021 (3,1) por 1000 NV + mortinatos. En el marco de este diagnóstico desde salud pública se identifica que el 88% de los casos reportados a nivel nacional cumplen criterios y al realizar la verificación simultanea de sífilis gestacional se registra que el 93,1% de los casos de congénita las madres fueron notificadas con sífilis gestacional.

La sífilis congénita sigue siendo un importante problema de salud pública a nivel nacional a pesar de ser una patología con la conducta clara en relación al diagnóstico oportuno y el tratamiento conductas que son importantes en la prevención. Para Cundinamarca la Incidencia * (1000 nacidos vivos +mortinatos) se registró en 2,0 con un Porcentaje de casos que cumplen definición del 71,9% y una proporción de casos de sífilis congénita con madres notificadas en sífilis gestacional del 91%.

Presentando una disminución en relación a los datos reportados para el 2021 (incidencia de 2.42 por cada 1000 NV + mortinatos de los cuales el 91% cumplieron los criterios de caso para sífilis

congénita). Para PE XII el departamento tiene notificados 84 casos, para el mismo periodo de 2021 se notificaron 103 casos, comparando el periodo del año anterior con respecto a 2022 se evidencia una disminución del 23% (n19 casos).

Para el 2022 se reporta una incidencia de 2,7 con 21 casos que registran residencia en el municipio aportando el 25% de los casos del departamento, (último dato reportado en boletín epidemiológico departamental)

En la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas para el 2022 se reporta una incidencia de 0 presentando una disminución importante frente a la incidencia reportada en 2021 de 0.46 por cada 1000 NV. Para el 2022 no se reportaron casos de sífilis congénita de la población atendida (población asignada)

22.2. Actividades a desarrollar

- Se debe dar continuidad a las estrategias de socialización y adherencia en las GPC atención integral de la sífilis gestacional y congénita y la GPC prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.
- Mantener el sistema de in formación de laboratorio y la ruta de alertas tempranas y reportes críticos para la población gestante
- En caso de presentarse un caso que cumpla, criterio de Notificación este debe analizarse para la generación de los planes de mejora que dé lugar.

22.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia.

El compromiso en la construcción de la atención integral oportuna y con calidad de la gestante evidenciada en una incidencia de 0 (cero) casos de sífilis congénita en la población capitada y con atención del parto en la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha.

22.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

- A) Cuando no existan casos de sífilis congénita: Concepto del COVE municipal o Distrital que certifique la no existencia de casos.
- B) Cuando existan casos de sífilis congénita: Concepto del COVE departamental o Distrital en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis Congénita diagnosticado.

22.5. Evidencias y soportes

Bibliografía:

Informe del evento PE XII 2022 INS <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/S%C3%8DFILIS%20GESTACIONAL%20PE%20XIII%202022.pdf>
Boletín maternidad segura PE XII de 2022, Equivo de maternidad segura <file:///C:/Users/paogu/Downloads/Boletín%20maternidad%20segura%20PE%20XII%20de%202022.pdf>

22.6. Responsable

Antonio David Samper Fajardo – Subgerencia Científica.
Sandra Paola Gutiérrez Cruz – Epidemióloga-

23. INDICADOR: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

23.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2020	2021	2022	2023
≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022
Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la Guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	≥0.90	0.77	0.92	0.96

23.2. Actividades a desarrollar

- Socializar y retroalimentar a la subgerencia comunitaria y a la referente del programa los hallazgos obtenidos en la auditoria de adherencia a la guía de práctica clínica, en aras de mejorar la adherencia a la misma por parte de los profesionales de salud a su cargo que intervienen en el proceso de atención de los usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial
- Vigilar la adherencia a las guías de práctica clínica del ministerio de salud y protección social para lograr unificar el modelo de atención y definir acciones propias de cada uno de los perfiles que brindan atención y cuidado a los usuarios objeto de esta guía.
- Se insiste en realizar los ajustes necesarios en el sistema para la parametrización de los datos de exámenes básicos, antecedentes familiares, factores de riesgo y Dx renal.
- Socializar la guía clínica de Hipertensión arterial a los Médicos de los Centros y Puestos de Salud.
- Socializar al personal médico el formato de historia clínica de primera vez y de control para pacientes con diagnóstico de HTA y DM el cual está dispuesto en la intranet.

23.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

- Se ejecuta el primer trimestre de la auditoria programada de los meses de enero, febrero y marzo 2022 se auditaron 286 historias clínicas en el trimestre, obteniendo un resultado

de adherencia a la guía práctica de Hipertensión Arterial del 95.3% lo que se evidencia que los profesionales se encuentran adheridos adecuadamente a la guía. Dando así cumplimiento al 94,8% de la ejecución de las auditorias programadas para la vigencia 2022.

- Se realiza auditoria para el segundo trimestre vigencia 2022, en este periodo (abril, mayo y junio) se auditaron 339 historias clínicas; lo que no arroja un promedio de adherencia del 96,9% de los profesionales en medicina a la guía siendo un resultado adecuado lo que genera cumplimiento del 97,6% de la ejecución de las auditorias planeadas para el año 2022.
- Para el tercer trimestre de 2022 (julio, agosto y septiembre) se realiza la auditoria programada para este periodo, generando como resultado una muestra de 463 historias clínicas para este trimestre con una adherencia del 97,05% y cumplimiento del 98,9% de las auditorias de la vigencia 2022.
- Para el cuarto trimestre de 2022 (octubre, noviembre y diciembre) se realiza la auditoria programada para este periodo, generando como resultado una muestra de 293 historias clínicas para este trimestre con una adherencia del 97,23% y cumplimiento del 99% de las auditorias de la vigencia 2022.

23.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

Informe de comité de historias clínicas: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

Para realizar la auditoria de adherencia a la guía de Hipertensión Arterial, el Auditor de la GPC calculó la muestra representativa de acuerdo a la base de datos de pacientes atendidos con dicha patología para el año 2022.

23.5. Evidencias y soportes

- Informes de Auditoría Guía de Manejo Hipertensión Arterial vigencia 2022

23.6. Responsable

Ivonne Marcela Bello – Subgerente Comunitaria.



24. INDICADOR: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

24.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2020	2021	2022	2023
0.83	≥ 0,85	≥ 0,92	≥ 0,92

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022
Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se les aplico estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo de la vigencia objeto de evaluación / Numero de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia de la vigencia objeto de evaluación	≥0.80	0.83	0.94	0.96

La ejecución de este indicador se realiza mediante la obtención de atenciones realizadas desde la consulta de primera infancia e infancia mediante el cálculo de la muestra representativa de acuerdo a la base de datos de pacientes atendidos con dicha patología en cada uno de los trimestres de la vigencia 2022.

Muestra estadística aplicada:

s = desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

24.2. Actividades a desarrollar

Con el fin de evaluar la adherencia a la guía de atención integral para la promoción del crecimiento, la detección temprana y el enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años en Colombia, la ESE Región De Salud De Soacha, realiza seguimiento mediante auditoría clínica donde se evalúan la aplicación de recomendaciones fuertes a favor definidas en la GPC del

MSPS así como las actividades definidas en el lineamiento técnico y operativo de la Res 3280 de 2018 con lo que se busca cumplir con la normatividad vigente y garantizar integralidad de la atención en búsqueda de identificar tempranamente factores de riesgo que afectan en la condición física, mental y social de los menores de 11 años atendidos en consulta de primera infancia e infancia, lo cual le permite a la institución cerrar los ciclos de auditoria proponiendo acciones de mejora para el nuevo ciclo de auditoría.

Resultados de auditoria vigencia 2022:

Para el I trimestre 2022 se audito 324 historias clínicas con un porcentaje de cumplimiento en cuanto a calidad de diligenciamiento de historia clínica, adherencia a la guía y a los lineamientos de la estrategia AIEPI fue de un 96,12%, es decir ÓPTIMO de acuerdo a la semaforización establecida.

Los resultados obtenidos de acuerdo a perfil profesional fueron:

Medicina general: El total de médicos auditados fue 10 con un porcentaje de adherencia del 96.4%.

Enfermería: El total de enfermeras auditadas fue 9 con un porcentaje de adherencia del 96.9%.

Resultado por sede de atención: El puesto de salud con mayor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de CyD es el puesto de salud Santillana con un Cumplimiento del 98.1% . El puesto de salud con menor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de CyD es el puesto la Despensa con un porcentaje de cumplimiento de 94.3%.

Para el II trimestre 2022 se audito 307 historias clínicas con un porcentaje de 95.4% cumplimiento en cuanto a calidad de diligenciamiento de historia clínica, adherencia a la guía y a los lineamientos de la estrategia AIEPI es decir ÓPTIMO de acuerdo a la semaforización establecida.

Los resultados obtenidos de acuerdo a perfil profesional fueron:

Medicina general: El total de médicos auditados fue 13 con un porcentaje de adherencia del 95.1%.

Enfermería: El total de enfermeras auditadas fue 6 con un porcentaje de adherencia del 95.6%.

Resultado por sede de atención: El puesto de salud con mayor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de CyD es el puesto de salud Luis Carlos Galán con un Cumplimiento del 96.1%

El puesto de salud con menor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de CyD es el puesto Pablo Neruda con un porcentaje de cumplimiento de 94.1%.

Para el III trimestre 2022 se audito 305 historias clínicas con un porcentaje de cumplimiento del 96.3% en cuanto a calidad de diligenciamiento de historia clínica, adherencia a la guía y a los lineamientos de estrategia AIEPI es decir ÓPTIMO de acuerdo a la semaforización establecida.

Los resultados obtenidos de acuerdo a perfil profesional fueron:

Medicina general: El total de medico auditados fue 11 con un porcentaje de adherencia del 96.3%

Enfermería: El total de enfermeras auditadas fue 5 con un porcentaje de adherencia del 96.2%.

Resultado por sede de atención: El puesto de salud con mayor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de CyD es el puesto de salud Isla con un cumplimiento del 97%. El puesto de salud con menor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de CyD es el puesto la Sibate con un porcentaje de cumplimiento de 96.2%, para lo cual se establece plan de mejora institucional.

Para el IV trimestre 2022 se audito 469 historias clínicas con un porcentaje de cumplimiento del 94.9% en cuanto a calidad de diligenciamiento de historia clínica, adherencia a la guía y a los lineamientos de estrategia AIEPI es decir ÓPTIMO de acuerdo a la semaforización establecida.

Los resultados obtenidos de acuerdo a perfil profesional fueron:

Medicina general: El total de medico auditados fue 11 con un porcentaje de adherencia del 94.89%

Enfermería: El total de enfermeras auditadas fue 3 con un porcentaje de adherencia del 95.2%.

Resultado por sede de atención: El puesto de salud con mayor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de CyD es el puesto de salud Isla con un cumplimiento del 95.5%. El puesto de salud con menor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de CyD es el puesto la Despensa con un porcentaje de cumplimiento de 94%, para lo cual se establecieron planes de mejora institucional.

El resultado de auditoria guía de atención integral para la promoción del crecimiento, la detección temprana y el enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años en Colombia en la ESE Región De Salud De Soacha fue: de 1.404 historias clínicas de la muestra representativa 1.353 cumplieron con parámetros alcanzando un porcentaje de cumplimiento del 96.4%.

HALLAZGOS DE AUDITORIA

- Falta de diligenciamiento de antecedentes
- Orden y registro de suplementación la cual se debe iniciar desde los primeros 6 meses de vida o desde el primer mes de acuerdo a los factores de riesgo del menor.
- Orden y registro de desparasitación la cual debe iniciar desde el primer año de vida y solicitarse cada 6 meses.
- Educación según factor de riesgo identificado.
- Derivación a atenciones incluidas en la RIAMPS en los cursos de vida de primera infancia e infancia.
- Demanda inducida servicios PEDT.

24.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Para la vigencia 2023 la institución alcanzo un cumplimiento optimo dado a las estrategias establecidas para la vigencia tales como:

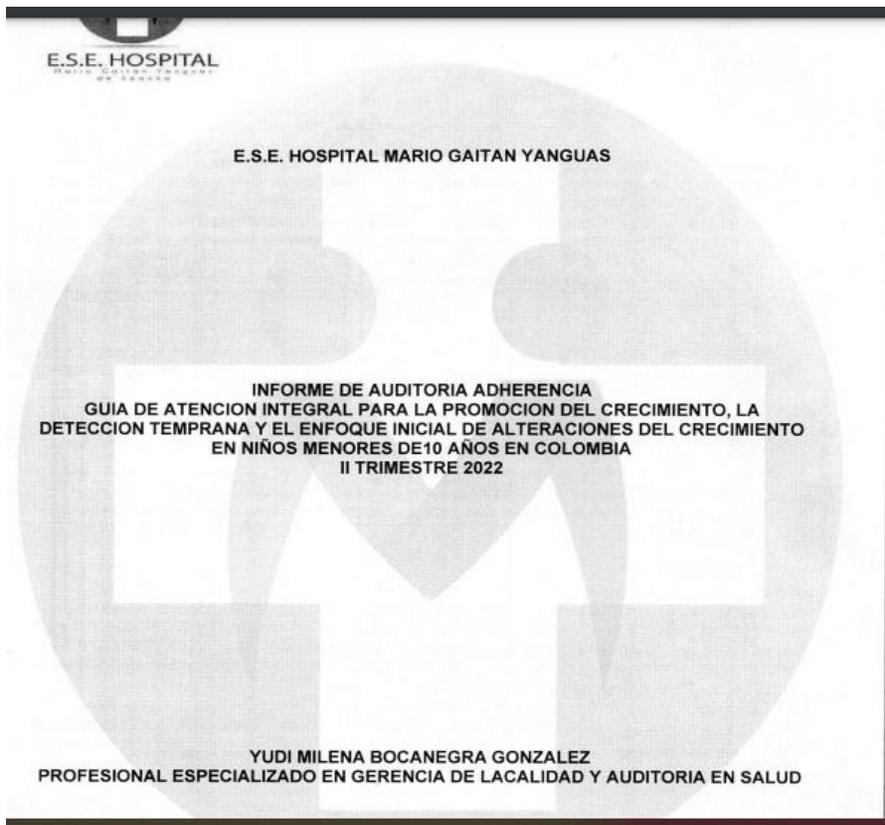
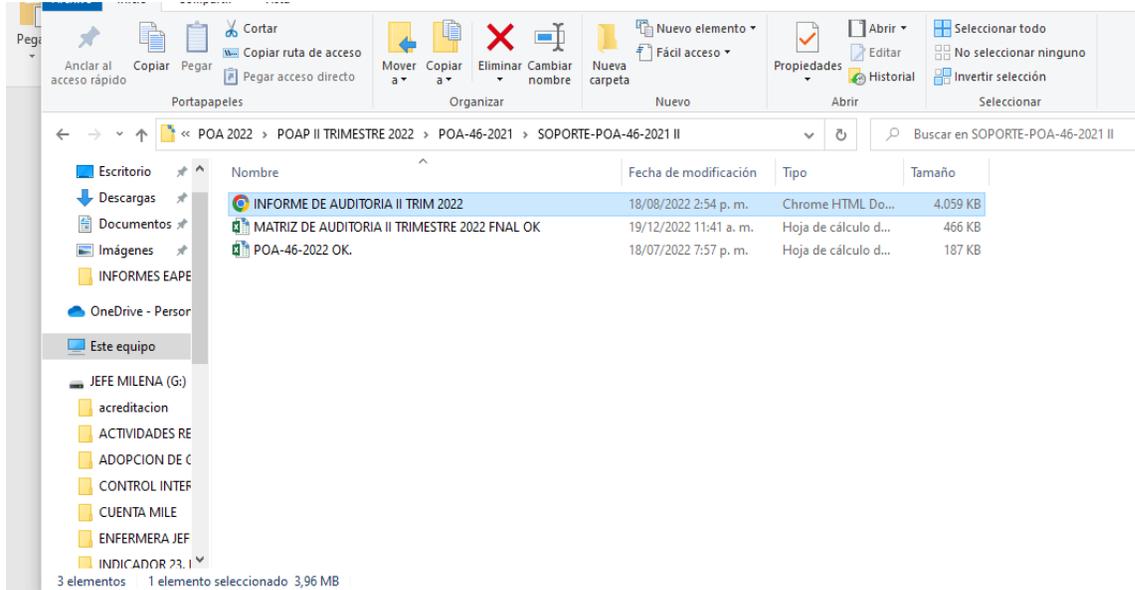
- capacitación en Guía De Practica Clínica y Res 3280 ciclos de vida de primera infancia e infancia con lo cual se fortalece la integralidad de la atención.
- Asistencias técnicas a cada una de las sedes en las cuales se verifico cumplimiento de estándares de Res 3100 de 2019 en los consultorios donde se realiza valoración clínica menores de 10 años.
- Implementación y seguimiento a planes de mejora implementados desde los resultados de la auditoria permitieron reforzar y mejorar calidad del dato en registros de historia clínica.

24.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

Informe de comité de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador

24.5. Evidencias y soportes

- Informe de Auditoría Guía de Manejo Crecimiento y Desarrollo.
- Matrices de auditoría.



25. INDICADOR: PROPORCIÓN DE REINGRESOS DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS

25.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2020	2021	2022	2023
0.01	0.01	0.01	0.01

Indicador	Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022
Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo en la vigencia objeto de evaluación	≤ 0.03	0.01	0.0027	0.0035

25.2. Actividades a desarrollar

- Realizar la identificación de los reingresos por medio de Dinámica Gerencial teniendo en cuenta los parámetros del mismo diagnóstico y atenciones realizadas dentro de las 72 horas.
- Incluir dentro del Programa de Auditoria el análisis de los reingresos de urgencias.
- Teniendo claro las principales causas de reingreso se deben ajustar, actualizar las guías y protocolos de manejo, esto aunado con una socialización, capacitación y evaluación de la adherencia por parte del personal científico de la institución.
- El análisis del indicador de reingresos de urgencias se desarrollará de manera mensual, contando con el apoyo de personal especialista en la institución.
- Se debe generar la oportunidad para los controles necesarios por consulta externa, de los usuarios, cuyo centro de referencia sea nuestra ESE.

25.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Mantener el porcentaje de reingresos permitido por el indicador para todo el periodo de la gestión. Se espera una etapa de manteamiento del indicador para el año 2021. Al finalizar el cuatrienio se debe tener una tasa de reingresos de acuerdo a la norma

25.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

Ficha técnica de la página web del SIHO Ministerio de Salud y de la Protección Social

25.5. Evidencias y soportes

25.5.1. I trimestre

CALIDAD

2575400380 E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA Mes: 3	
Excel Word Texto	
Información para Indicadores de Seguridad	
Variable	Cantidad
P.2.6. Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.	5
P.2.6 Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.	7.631
P.2.13 Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso.	15
P.2.13 Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido.	9.575
P.2.14 Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo.	7
P.2.14 Número total de egresos vivos en el periodo.	2.580
P.2.15 Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución.	1
P.2.15 Número total de cirugías programadas.	2.218

25.5.2. II trimestre

CALIDAD

2575400380 E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA Mes: 6	
Excel Word Texto	
Información para Indicadores de Seguridad	
Variable	Cantidad
P.2.6. Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.	9
P.2.6 Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.	8.653
P.2.13 Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso.	39
P.2.13 Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido.	9.802
P.2.14 Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo.	11
P.2.14 Número total de egresos vivos en el periodo.	2.728
P.2.15 Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución.	1
P.2.15 Número total de cirugías programadas.	2.012

25.5.3. III trimestre

CALIDAD

2575400380 E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA Mes: 9	
Excel Word Texto	
Información para Indicadores de Seguridad	
Variable	Cantidad
P.2.6. Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.	6
P.2.6 Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.	10.426
P.2.13 Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso.	32
P.2.13 Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido.	9.348
P.2.14 Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo.	9
P.2.14 Número total de egresos vivos en el periodo.	2.852
P.2.15 Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución.	0
P.2.15 Número total de cirugías programadas.	1.984

25.5.4. IV trimestre

CALIDAD

2575400380 E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA Mes: 12	
Excel Word Texto	
Información para Indicadores de Seguridad	
Variable	Cantidad
P.2.6. Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.	1
P.2.6 Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.	7.452
P.2.13 Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso.	43
P.2.13 Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido.	8.009
P.2.14 Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo.	4
P.2.14 Número total de egresos vivos en el periodo.	2.232
P.2.15 Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución.	0
P.2.15 Número total de cirugías programadas.	1.975

25.6. Responsable

Antonio David Samper Fajardo – Subgerencia Científica.
Cesar Fernando Ahumada – Auditor Médico.

26. INDICADOR: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL

26.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2020	2021	2022	2023
2.06	2.06	2.06	2.06

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2020	Resultado Alcanzado 2021	Resultado Alcanzado 2022
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se le asigno la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación ----- Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas consultas médicas generales asignadas en la vigencia objeto de evaluación	≤ 3	2,06	1,55	1,50

26.2. Actividades a desarrollar

- Mantener el seguimiento de manera mensual de acuerdo a la información generada por Dinámica Gerencial desde el módulo de asignación de citas.
- Continuar con las mediciones desde el proceso de Sistemas de Información, el cual está encargado de generar las alertas oportunas de las desviaciones presentadas en relación al cumplimiento de los estándares normativos de oportunidad de las diferentes especialidades, en especial medicina general.
- En caso de presentarse desviaciones en alguna de las sedes dependientes se genera plan de mejoramiento de cumplimiento inmediato.

26.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Mantener en máximo 2.06 días la oportunidad promedio en la atención de consulta médica general durante todas las vigencias

26.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

Ficha técnica de la página web del SIHO Ministerio de Salud y de la Protección Social

26.5. Evidencias y soportes

21.1.1. I trimestre: Información reportada por medio del formulario de calidad del Decreto 2193,

página de Sistema de Información Hospitalaria SIHO vigencia I trimestre.

2575400380 E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA		Mes: 3
Información para Indicadores de Seguridad		
Variable	Cantidad	
P.2.6. Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.	5	
P.2.6 Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.	7.631	
P.2.13 Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso.	15	
P.2.13 Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido.	9.575	
P.2.14 Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo.	7	
P.2.14 Número total de egresos vivos en el periodo.	2.580	
P.2.15 Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución.	1	
P.2.15 Número total de cirugías programadas.	2.218	
Información para Indicadores de Experiencia de la Atención		
Variable	Cantidad	
P.3.1 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.	19.305	
P.3.1 Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas.	13.219	

21.1.2. II trimestre: Información reportada por medio del formulario de calidad del Decreto 2193, página de Sistema de Información Hospitalaria SIHO vigencia II trimestre.

2575400380 E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA		Mes: 6
Información para Indicadores de Seguridad		
Variable	Cantidad	
P.2.6. Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.	9	
P.2.6 Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.	8.653	
P.2.13 Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso.	39	
P.2.13 Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido.	9.802	
P.2.14 Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo.	11	
P.2.14 Número total de egresos vivos en el periodo.	2.728	
P.2.15 Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución.	1	
P.2.15 Número total de cirugías programadas.	2.012	
Información para Indicadores de Experiencia de la Atención		
Variable	Cantidad	
P.3.1 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.	10.109	
P.3.1 Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas.	6.846	

21.1.3. III trimestre: Información reportada por medio del formulario de calidad del Decreto 2193, página de Sistema de Información Hospitalaria SIHO vigencia III trimestre.

2575400380 E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA		Mes: 9
Información para Indicadores de Seguridad		
Variable	Cantidad	
P.2.6. Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.	6	
P.2.6 Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.	10.426	
P.2.13 Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso.	32	
P.2.13 Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido.	9.348	
P.2.14 Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo.	9	
P.2.14 Número total de egresos vivos en el periodo.	2.852	
P.2.15 Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución.	0	
P.2.15 Número total de cirugías programadas.	1.984	
Información para Indicadores de Experiencia de la Atención		
Variable	Cantidad	
P.3.1 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.	6.717	
P.3.1 Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas.	3.773	

21.1.4. IV trimestre; Información reportada por medio del formulario de calidad del Decreto 2193, página de Sistema de Información Hospitalaria SIHO vigencia IV trimestre.

2575400380 E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA		Mes: 12
Información para Indicadores de Seguridad		
Variable	Cantidad	
P.2.6. Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.	1	
P.2.6 Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.	7.452	
P.2.13 Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso.	43	
P.2.13 Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido.	8.009	
P.2.14 Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo.	4	
P.2.14 Número total de egresos vivos en el periodo.	2.232	
P.2.15 Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución.	0	
P.2.15 Número total de cirugías programadas.	1.975	
Información para Indicadores de Experiencia de la Atención		
Variable	Cantidad	
P.3.1 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.	5.273	
P.3.1 Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas.	3.686	

26.6. Responsable

Antonio David Samper Fajardo – Subgerencia Científica.
Mónica Adriana Reina Mora – Referente Sistemas de Información.
Germán Guillermo Torres Cortés – Medico General.

MATRIZ DE CALIFICACIÓN

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN							
AREA DE GESTIÓN		INDICADOR	PROPUESTO	INDICADOR	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	RESULTADO
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	1	MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD	1,2	1,14	5%	3	0,15
	2	EFFECTIVIDAD AUDITORIA PAMEC	90%	91%	5%	5	0,25
	3	GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	90%	57,4%	10%	1	0,10
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	RIESGO FISCAL Y FINANCIERO					
	5	EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA	< 0,9	1,14	5,7%	0	0,00
	6	PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QX ADQUIRIDOS MEDIANTE COMPRAS CONJUNTAS Y/O MEDIOS ELECTRÓNICOS	≥70%	74%	5,7%	5	0,29
	7	MONTO DEUDA SUPERIOR 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALAR PLANTA Y OPS	0 o Negativo	0	5,7%	5	0,29
	8	UTILIZACIÓN INFORMACIÓN. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES - RIPS	4	4	5,7%	5	0,29
	9	RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	≥ 1	0,96	5,7%	3	0,17
	10	OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE LA INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA	Cumple	No Cumple	5,7%	0	0,00
	11	OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE LA INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193	Cumple	Cumple	5,7%	5	0,29
GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL 40%	21	PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN	≥85%	61,5%	8%	3	0,24
	22	INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	0 Casos	0 casos	8%	5	0,40
	23	EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO ESPECIFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	≥90%	96%	7%	5	0,35
	24	EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	≥80%	98%	6%	5	0,30
	25	REINGRESOS POR SERVICIOS DE URGENCIAS	≤ 3 %	0,35%	5%	5	0,25
	26	OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE LA CONSULTA MÉDICA GENERAL	≤ 3 días	1,5	6%	5	0,30
						100%	3,7

Anexo link para validación de las evidencias de cada uno de los indicadores:

<https://drive.google.com/drive/folders/163B83IneGQj9CttaAzIKKxjlhD2GnUJo?usp=sharing>

Cordialmente,


ALEXANDRA GONZÁLEZ MORENO
Gerente

Proyecto: Carlos Andrés Bustos Nova – Referente Planeación.
Revisó: Comité Directivo HMGY

PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha, Sibaté y Granada –Cundinamarca.





Hospital
Mario Gallón Yanguas



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

GERENCIA
SOACHA – CUNDINAMARCA
NIT. 800.006.850-3

Página 1 de 4

**ACUERDO N° 008 DE 2023
(13 DE ABRIL DE 2023)**

“ POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA LA EVALUACIÓN DEL INFORME ANUAL DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2020 – 2024, PERÍODO 01 ENERO A 31 DE DICIEMBRE DE 2022, DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA ”

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES Y ESTATUTARIAS CONFERIDAS, EN ESPECIAL POR LA LEY 1122 DE 2007, Y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1955 de 2019 aprobó el Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022, y el plan nacional de Desarrollo 2022-2026.

Que de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución No. 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, las Resoluciones 408 y 1097 de 2018, reglamentando las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Informe de Ejecución del Plan de Gestión por parte de los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social modificó los anexos 2, 3 y 4 y los artículos 2° y 3° de la Resolución 743 de 2013 a través de la Resolución 408 del 28 de febrero de 2018.

Que la Gerente de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, Dra. Alexandra González Moreno, nombrada **mediante Decreto Departamental No. 237 del 14 de mayo 2020 y posesionado mediante Acta No. 092 de 16 de mayo 2020**, presentó el Plan de Gestión 2020 - 2024 el cual fue aprobado por la Junta Directiva a través del Acuerdo No. 15 del 15 de julio de 2020.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social modificó de la Resolución 710 de 2012, a través de la Resolución 743 del 15 de marzo de 2013 y a su vez modificada por la resolución 408 de 2018 y corregida mediante la resolución 1097 de 2018.

Que la Gerente de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, Doctora Alexandra González Moreno presentó a través de su delegado Ingeniero Carlos Andrés Bustos Nova referente de planeación a los miembros de Junta Directiva el informe de ejecución del Plan de Gestión 2020-2024 para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2022 con sus respectivos soportes (medio magnético), tal y como lo establece el artículo 2 de la resolución 408 de 2018 para su evaluación por parte de la Junta Directiva.

Que el Plan de Gestión 2020 – 2024, contempla las tres áreas que ordena la Resolución 408 de 2018: Dirección y Gerencia; Financiera y Administrativa y Gestión Clínica o Asistencial.

Que una vez sustentado el Informe la presidente de la Junta Directiva, solicita al Gerente no participar más de la sesión con el fin de proceder los miembros de la Junta Directiva a su evaluación.



Hospital
Marlo Galtán Yanguas



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

GERENCIA
SOACHA - CUNDINAMARCA
NIT. 800.006.850-3
Página 2 de 4

ACUERDO N° 008 DE 2023 (13 DE ABRIL DE 2023)

" POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA LA EVALUACIÓN DEL INFORME ANUAL DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2020 – 2024, PERÍODO 01 ENERO A 31 DE DICIEMBRE DE 2022, DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA "

Que la Junta Directiva en sesión del día 13 de abril de 2023, procedió a realizar la evaluación del Informe de Ejecución del Plan de Gestión 2020 – 2024 en su periodo 2022 de acuerdo al Informe y los soportes que se presentaron en medio magnético y físico, así como aquellos complementarios requeridos por la Junta Directiva en esta misma sesión como consta en la respectiva acta, los cuales forman parte integral de la misma.

Que, en virtud de lo anterior, la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, procedió a aprobar la evaluación de acuerdo a los resultados y valor ponderado obtenido al aplicar la matriz de evaluación la cual forma parte del presente acuerdo.

v

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO. Aprobar la Evaluación del Plan de Gestión 2020 - 2024, para el período 01 de Enero a 31 de Diciembre de 2022 de la Doctora ALEXANDRA GONZALEZ MORENO, en su calidad de Gerente de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, en las áreas de Dirección y Gerencia; Financiera y Administrativa y Gestión Clínica o Asistencial, acorde con lo establecido en la Ley 1438 de 2011: artículos 72 y 73, la Resolución 710 de 2012, la Resolución 743 de 2013, las Resoluciones 408 y 1087 de 2018; obteniendo una calificación final ponderada de 3,7, ubicándose en el criterio **SATISFACTORIO**, acorde al anexo 5 de la Resolución 710 de 2012:

ARTÍCULO SEGUNDO. El Consolidado de Evaluación es el siguiente:



Hospital
Mario Galván Yanguas



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

GERENCIA
SOACHA - CUNDINAMARCA
NIT. 800.006.850-3

Página 3 de 4

ACUERDO N° 008 DE 2023
(13 DE ABRIL DE 2023)

“ POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA LA EVALUACIÓN DEL INFORME ANUAL DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2020 – 2024, PERÍODO 01 ENERO A 31 DE DICIEMBRE DE 2022, DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA ”

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN						
AREA DE GESTIÓN	INDICADOR	PROPUESTO	INDICADOR	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	RESULTADO
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	1 MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD	1,2	1,14	5%	3	0,15
	2 EFECTIVIDAD AUDITORIA PAMEC	90%	97,7%	5%	5	0,25
	3 GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	90%	57,4%	10%	1	0,10
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4 RIESGO FISCAL Y FINANCIERO					
	5 EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA	< 0,9	1,14	5,7%	0	0,00
	6 PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QX ADQUIRIDOS MEDIANTE COMPRAS CONJUNTAS Y/O MEDIOS ELECTRÓNICOS	≥70%	74%	5,7%	5	0,29
	7 MONTO DEUDA SUPERIOR 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALAR PLANTA Y OPS	0 o Negativo	0	5,7%	5	0,29
	8 UTILIZACIÓN INFORMACIÓN. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES - RIPS	4	4	5,7%	5	0,29
	9 RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	≥ 1	0,96	5,7%	3	0,17
	10 OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE LA INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA	Cumple	No Cumple	5,7%	0	0,00
	11 OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE LA INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193	Cumple	Cumple	5,7%	5	0,29
GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL 40%	21 PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN	≥85%	61,5%	8%	3	0,24
	22 INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	0 Casos	0 casos	8%	5	0,40
	23 EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO ESPECIFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	≥90%	96%	7%	5	0,35
	24 EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	≥80%	98%	6%	5	0,30
	25 REINGRESOS POR SERVICIOS DE URGENCIAS	≤ 3 %	0,35%	5%	5	0,25
	26 OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE LA CONSULTA MÉDICA GENERAL	≤ 3 días	1,5	6%	5	0,30
				100%		3,7

ARTÍCULO TERCERO. Notificar el presente acuerdo al Gerente de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, Doctora Alexandra González Moreno, en la forma indicada en los artículos 67 y siguientes del C. de P. A. y del C.A., haciéndole saber que contra el presente Acuerdo proceden los recursos de Reposición ante la misma Junta Directiva y de Apelación ante la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los cinco (05) días siguientes a su notificación como lo establece el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011.



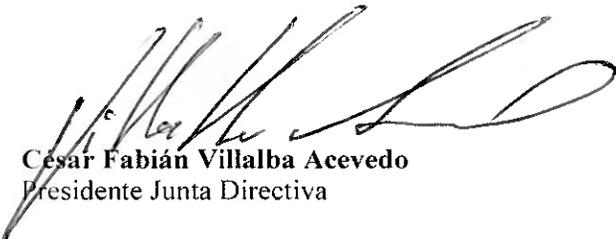
**ACUERDO N° 008 DE 2023
(13 DE ABRIL DE 2023)**

“ POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA LA EVALUACIÓN DEL INFORME ANUAL DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2020 – 2024, PERÍODO 01 ENERO A 31 DE DICIEMBRE DE 2022, DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA ”

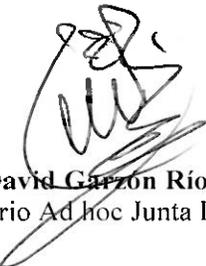
ARTICULO CUARTO. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,

Dado en Soacha, a los trece (13) días del mes de abril de 2023.



César Fabián Villalba Acevedo
Presidente Junta Directiva



Juan David Carrón Ríos
Secretario Ad hoc Junta Directiva

Proyectó: Carlos Andrés Bustos Nova – Referente de Planeación.