



**ACUERDO DE GESTIÓN – SUBGERENCIA CIENTÍFICA  
E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE  
SOACHA**

**COMPROMISOS 2019**

Fecha: 01 de Marzo 2019

**OBJETIVOS**

La SUBGERENCIA CIENTIFICA de la E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS, como apoyo al desarrollo de los procesos asistenciales (misionales) para cumplimiento de la misión del Hospital, tiene como fin brindar servicios de salud con calidad para lograr el desarrollo de los planes y programas de gestión garantizando una adecuada planeación, organización, supervisión y evaluación de la gestión científica y asistencial del hospital; ejecutando las políticas en materia de asistencia médica que busquen soluciones a las necesidades en materia de salud en el área de influencia enmarcada dentro de la normatividad vigente.

Adicionalmente aportar dentro de su gestión al cumplimiento del Plan de Acción en Salud PAS 2019 (acuerdo No 004 de 2019) y los compromisos establecidos en el Plan de Gestión del Gerente y sus indicadores Resolución 408 de 2018.

**CONSIDERACIONES GENERALES**

1. El presente **ACUERDO DE GESTIÓN** está basado en la guía metodológica para la gestión del rendimiento de los gerentes públicos, Acuerdos de Gestión publicada en enero de 2017 por la Función Pública.

Siguiendo la metodología establecida se determinan las cuatro etapas que componen los acuerdos de gestión: concertación, la formalización, el seguimiento y la retroalimentación y evaluación de los compromisos del gerente público.

2. En el municipio de Soacha el 01 de Marzo de 2019, se reúne el **Dr. Luis Efrain Fernandez Otalora**, Gerente del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, en adelante superior jerárquico, y la **Dra. Waldetrudes Aguirre Ramirez** titular del cargo subgerente científico, en adelante **GERENTE PÚBLICO**, a efectos de suscribir el presente **ACUERDO DE GESTIÓN**.

Las partes que suscriben este acuerdo lo hacen entendiendo que este instrumento constituye una forma de evaluar la gestión con base en los compromisos asumidos por la Sub gerencia respecto al **logro de resultados y en las habilidades gerenciales requeridas**, las cuales se encuentran establecidas en los anexos que hacen parte integral del presente Acuerdo.

El **GERENTE PÚBLICO**, se compromete, durante el lapso de vigencia del presente ACUERDO, a alcanzar los resultados que se detallan en los anexos, el cual hace parte constitutiva de este **ACUERDO**; así mismo se compromete a poner a disposición de la entidad sus habilidades técnicas y gerenciales para contribuir al logro de los objetivos institucionales.

## Guía metodológica para la Gestión del Rendimiento de los Gerentes Públicos - Acuerdos de Gestión

### Manual de diligenciamiento Anexos 1 y 2

Gerente Publico: Dra. Waldetrudes Aguirre Ramirez

## ANEXO 1

<b>Objetivos institucionales</b>	<p>Son los definidos por el proceso de Planeación y Calidad del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha en concordancia con lo establecido con el Plan Departamental de Cundinamarca, el Plan Estratégico Institucional, el Plan de Acción en Salud PAS y el Plan de Gestión del Gerente y que deberán estar relacionados con los compromisos de cada <b>Gerente Público</b>.</p>
<b>Compromisos Gerenciales</b>	<p>Comprenden los resultados a ser medidos, cuantificados y verificados que adelantará el gerente público para el cumplimiento efectivo de los objetivos del Hospital. Los compromisos acordados en el ejercicio están relacionados con la gestión de cada Gerente Público frente al Plan de Acción en Salud PAS, Evaluación del plan de gestión del Gerente del Hospital, La Gestión del Riesgo (seguimiento y Planes de mejoramiento) de los procesos que están bajo la responsabilidad del gerente Público y Seguimiento al sistema PQRS del Hospital de los procesos que están bajo la responsabilidad del gerente Público. Los compromisos Gerenciales deben ser mínimo 3 y máximo 5 por cada Gerente Público.</p>
<b>Indicador</b>	<p>Es la representación cuantitativa en número o porcentaje, de los indicadores definidos según ficha. Los resultados debe ser verificable objetivamente, mediante la presentación, seguimiento de los soportes de la evaluación de los indicadores. Para lo cual se aportará las evidencias de que determinan el cumplimiento de los compromisos gerenciales.</p>
<b>Fecha inicio – fin</b>	<p>Corresponde al lapso de ejecución del compromiso concertado en el cual deberán adelantarse las acciones necesarias para el cumplimiento del mismo. Para el Hospital Mario gaitán Yanguas de Soacha se define las fechas de Inicio y Final. De acuerdo a lo definido por el Gerente del Hospital se define fecha de inicio :Febrero 23 de 2018 y Fecha Final: Diciembre 31 de 2018</p>
<b>Actividades</b>	<p>Corresponden a las principales acciones definidas por el Gerente Público que harán posible el logro de los compromisos gerenciales generando así las evidencias que permitan el seguimiento a la gestión. (Plan de Acción en Salud PAS, Evaluación del Plan de Gestión del Gerente del Hospital, La Gestión del Riesgo (seguimiento y Planes de mejoramiento) de los procesos que están bajo la responsabilidad del Gerente Público y Seguimiento al Sistema PQRS del Hospital de los procesos que están bajo la responsabilidad del Gerente Público. Las evidencias de cada indicador deben ser aportadas para dar soporte a los resultados obtenidos. Estas no deberán ser menos de 3 ni más de 5 por cada compromiso gerencial.</p>
<b>Peso ponderado</b>	<p>Corresponde al porcentaje de cada compromiso concertado con el superior jerárquico, en función de las metas del Hospital. La asignación del peso porcentual por cada compromiso no podrá ser mayor de 40% ni menor a 10%, obteniendo en la sumatoria del porcentaje de todos los compromisos un máximo de 105%. Los factores del 5% adicional al 100% serán acordados entre el gerente público y su superior jerárquico (por ejemplo, el cumplimiento de las metas concertadas en menor tiempo al programado, el logro de un mayor número de actividades de las pactadas, es decir, el 5% de factor adicional se otorga por el cumplimiento de más de lo esperado). En cualquier caso, un gerente público debe concertar como mínimo el cumplimiento del 100% de sus compromisos gerenciales.</p> <p>Para la definición de los porcentajes se debe tener en cuenta la importancia estratégica de cada meta y compromiso concertado, otorgando así mayor ponderación a los compromisos que atiendan metas y/o resultados de mayor impacto para el cumplimiento de las metas institucionales.</p>

## Guía metodológica para la Gestión del Rendimiento de los Gerentes Públicos - Acuerdos de Gestión

### Manual de diligenciamiento Anexos 1 y 2

#### Continuación ANEXO 1

<b>Porcentaje de cumplimiento programado al primer semestre</b>	Se registra el porcentaje programado de cumplimiento de cada compromiso gerencial para este periodo.
<b>Porcentaje de cumplimiento de indicador primer semestre</b>	Se verifica el avance de los compromisos e indicadores definidos en la etapa de concertación y se registra el resultado del indicador asociado al compromiso con corte al primer semestre del año.
<b>Observaciones del avance y Oportunidades de mejora</b>	Se registran los aspectos de mejora para el cumplimiento de los compromisos concertados que se encuentren retrasados conforme a lo programado.
<b>Porcentaje de cumplimiento programado al segundo semestre:</b>	Se registra el porcentaje programado de cumplimiento de cada compromiso gerencial durante este periodo.
<b>Porcentaje de cumplimiento de indicador segundo semestre</b>	se verifica el avance de los compromisos e indicadores definidos en la etapa de concertación y se registra el resultado del indicador asociado al compromiso con corte al segundo semestre del año (no acumulado). Este deberá expresarse en términos porcentuales reflejando lo ejecutado frente a lo programado durante este periodo
<b>Porcentaje de cumplimiento del año</b>	Se refiere al resultado final alcanzado, que se obtiene de la sumatoria entre el cumplimiento del primer y segundo semestre de acuerdo con lo concertado.
<b>Resultado</b>	Será el porcentaje de cumplimiento de los compromisos gerenciales del año de acuerdo con el peso ponderado que se asignó al compromiso institucional.
<b>Evidencias</b>	Comprende los soportes que acompañan la ejecución de los compromisos gerenciales y que pueden encontrarse de forma física y/o virtual. Para ello se deberá consignar una breve descripción del producto o actividad indicada como evidencia, así como la ubicación de la misma ya sea en medios físicos o electrónicos.

Fuente: Proceso de Planeación

## ANEXO 2

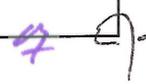
Para llevar a cabo el ejercicio de valoración de las competencias se dispone del Anexo 2: *Evaluación de competencias*, se incluyen los campos cuyo alcance es el siguiente:

Las competencias se valorarán en una escala de 1 a 5 que mide el desarrollo de las conductas esperadas, de acuerdo a los siguientes criterios de valoración:

Criterio de valoración	Puntaje
Es consistente en su comportamiento, da ejemplo e influye en otros, es un referente en su organización y trasciende su entorno de gestión.	5
Es consistente en su comportamiento y se destaca entre sus pares y en los entornos donde se desenvuelve. Puede afianzar.	4
Su comportamiento se evidencia de manera regular en los entornos en los que se desenvuelve. Puede mejorar.	3
No es consistente en su comportamiento, requiere de acompañamiento. Puede mejorar.	2
Su comportamiento no se manifiesta, requiere de retroalimentación directa y acompañamiento. Puede mejorar.	1

Esta valoración contempla la percepción que el superior jerárquico, el par y los subalternos tienen sobre las competencias comunes y directivas del Gerente Público.

<b>Competencias y conductas asociadas</b>	Son las establecidas en el artículo 2.2.4.2 del Decreto 1083 de 2015.
<b>Evaluación anterior</b>	Se registra la información de la última evaluación disponible, resultado de la evaluación de competencias de la evaluación anterior. En caso de no contar con información se deja en blanco la casilla en mención.
<b>Evaluación actual</b>	Este resultado se obtiene de la valoración de cada una de las conductas asociadas a todas las competencias en una escala de 1 a 5, obteniendo por cada competencia un promedio simple. Este valor debe multiplicarse por el porcentaje previamente asignado a cada evaluador (superior jerárquico, 60%; par, 20%; subordinados, 20%)
<b>Comentarios para la retroalimentación</b>	El superior jerárquico visualiza la totalidad de la valoración integral de competencias e identifica y registra las fortalezas y oportunidades de desarrollo del gerente público que acompañan su gestión.
<b>Evaluación final</b>	Es el resultado final de la valoración realizada por su superior jerárquico, el par y sus subalternos de las competencias comunes y directivas.





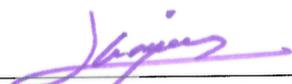
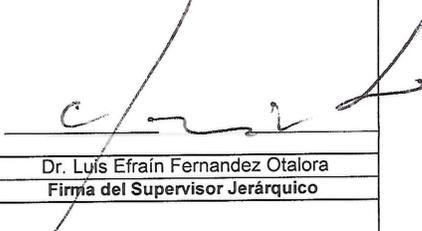
CONCERTACIÓN DE COMPROMISOS GERENCIALES

Concertación

Nº	Objetivos institucionales por Perspectiva	Compromisos gerenciales	Indicador	Fecha inicio-final	Peso ponderado
1	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	6. Realizar Auditorias de adherencia a Guías de forma mensual con presentación trimestral a Junta Directiva para los programas de (HTA y DM2) para la vigencia 2019.	No. De auditorías de HC realizadas * 100 / No. Auditorías programada	01-03-2019 / 31-12-2019	20%
2	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	18. Realizar el reporte del 100% de los eventos en salud mental (tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida - fuente SIVIGILA)	# eventos reportados siviigila x 100 / # total de eventos identificados (CIE 10, BAI e HC)	01-03-2019 / 31-12-2019	20%
3	1. Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	47. Realizar Presentación semestralmente a Junta Directiva del comportamiento de la ESE para los indicadores reportados de la resolución 256.	# presentaciones realizadas (256 a JD) * 100 / # presentaciones programadas (256 a JD)	01-03-2019 / 31-12-2019	20%
4	1. Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	48. Cumplir en un 90% el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad.	# acciones implementadas *100 / # total de acciones propuestas	01-03-2019 / 31-12-2019	20%
5	8. Ofrecer al usuario y comunidad un talento humano competente que refleje en su labor el compromiso y la vocación de servicio. (Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento)	58. Mantener el porcentaje de satisfacción de los usuarios en 90%.	# usuarios satisfechos * 100 / # usuarios entrevistados	01-03-2019 / 31-12-2019	20%
<b>Total</b>					<b>100%</b>

**Concertación para el desempeño sobresaliente (5% adicional. Describir los compromisos gerenciales**

6	9. Generar una cultura organizacional del autocontrol con énfasis en atención centrada en el usuario, seguridad, enfoque a riesgos, gestión de tecnología y humanización. (Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento)	60. Mantener el Porcentaje del 90% del cumplimiento al Plan de Acción del Programa de Seguridad del Paciente de la ESE	No. Actividades del Plan de Acción de Seguridad del Paciente cumplidas * 100. / No. De actividades propuestas del Plan de accion de Seguridad del paciente	01-03-2019 / 31-12-2019	5%
---	--	--	--	-------------------------	----

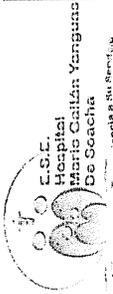



Dra. Waldetrudes Aguirre Ramirez  
Firma del Gerente Público

Dr. Luis Efraín Fernández Ojalora  
Firma del Supervisor Jerárquico

FECHA 01 de Marzo de 2019  
VIGENCIA Año 2019

*[Handwritten signature]*



OJO E.S.C.  
Hospital  
Mario Cañón  
De Soacha  
Calle 7 Esquina a Su Br. 11

ANEXO 1: CONCERTACIÓN, SEGUIMIENTO, RETROALIMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE COMPROMISOS GERENCIALES

N°	Objetivos institucionales	Compromisos gerenciales	Indicador	Fecha inicio-final 01-03-2019 / 31-12-2019	Actividades	Peso ponderado	Avance			Evidencias		
							% cumplimiento programado	% cumplimiento de indicador	Observaciones del avance y oportunidad de mejora	Resultado	Descripción	Ubicación
1	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	6. Realizar Auditorías de adherencia a Guías de forma mensual con presentación trimestral a Junta Directiva para los programas de (HTA y DM2) para la vigencia 2019.	No. De auditorías de HC realizadas * 100 / No. Auditorías programadas	01-03-2019 / 31-12-2019	Evaluar la adherencia a la guía de práctica clínica de HTA y DM	20%		0%	0%			
2	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	18. Realizar el reporte del 100% de los eventos de salud mental (tipologías de violencia, conductas suicidas, conducta suicida fuente SINGULA)	# eventos reportados s/vigila x 100 / # total de eventos identificados (CIE 10, BAI e HC)	01-03-2019 / 31-12-2019	Realizar Encuesta Activa para identificar los estándares de acreditación	20%		0%	0%			
3	1. Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	47. Realizar Presentación semestralmente a Junta Directiva del comportamiento de los indicadores presentados de la resolución 256.	# presentaciones realizadas (256 a JD) * 100 / # presentaciones programadas (256 a JD)	01-03-2019 / 31-12-2019	Realizar el Reporte oportuno de los indicadores de la Resolución 256 estándares de acreditación Análisis de indicadores 256 MOCA y presentación en comités directivo (Macrocomite y comité de gerencia) estándares de acreditación	20%		0%	0%			
4	1. Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	48. Cumplir en un 90% el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	# acciones implementadas * 100 / # total de acciones propuestas	01-03-2019 / 31-12-2019	formulación y ejecución del PAMEC, basado en la ruta crítica establecida en los planes para la implementación de la calidad. Seguimiento a los resultados de los planes de mejoramiento propuestos de acuerdo al seguimiento del proceso de estándares de acreditación	20%		0%	0%			
5	8. Ofrecer al usuario y comunidad un talento humano competente que refleje en su labor el compromiso y la satisfacción de los usuarios en el proceso de Aprendizaje y Crecimiento)	59. Mantener el porcentaje de satisfacción de los usuarios en 90%.	# usuarios satisfechos * 100 / # usuarios entrevistados	01-03-2019 / 31-12-2019	Realizar encuestas de satisfacción, análisis y plan de mejoramiento.	20%		0%	0%			
<b>Total</b>						<b>100%</b>		<b>0%</b>	<b>0%</b>			

7



ANEXO 1: CONCERTACIÓN, SEGUIMIENTO, RETROALIMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE COMPROMISOS GERENCIALES

Concertación				Evaluación							
N°	Objetivos institucionales	Compromisos gerenciales	Indicador	Fecha inicio-final 01-03-2019 / 31-12-2019	Actividades	Peso ponderado	Avance	Resultados	Descripción	Ubicación	
							% cumplimiento de Indicador programado	Observaciones del avance y oportunidad de mejora	% Cumplimiento año		
<b>Concertación para el desempeño sobresaliente (5% adicional. Describir los compromisos gerenciales adicionales)</b>											
6	9. Generar una cultura organizacional del autocuidado con énfasis en la atención centrada en el usuario, seguridad, enfoque a riesgos, gestión de tecnología y humanización. (Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento)	60. Mantener el Porcentaje de cumplimiento al Plan de Acción del Programa de Seguridad del Paciente de la ESE	No Actividades del Plan de Acción de Seguridad del Paciente cumplidas * 100 / No. De actividades propuestas del Plan de acción de Seguridad del paciente	01-03-2019 / 31-12-2019	Realizar rondas de seguridad del paciente en el Hospital y centros y puestos de salud  Realización evaluación y medición de la adherencia a las diferentes estrategia en el Hospital, Centros y Puestos de salud	5%	0%	0%			

Dr. Luis Efraín Fernández Olatora  
Firma del Supervisor Jerárquico

Dra. Waldegrudes Aguirre Ramirez  
Firma del Gerente Público

FECHA: 01 marzo 2019  
VIGENCIA: Año 2019

Fuente: Proceso de Planeación