

PLAN DE GESTION GERENCIAL 2021-2024



Plan de
Gestión
Gerencial
2021-2024



DECLARACION DESDE LA GERENCIA

Es un gusto hoy mostrar a nuestra Junta Directiva y a nuestros grupos de interés nuestro Plan de Gestión Gerencial, el cual muestra a grandes rasgos los compromisos que Firme cuando afronte la gerencia de la ESE ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ, este informe esta Integrado con lo definido en los indicadores de gestión que establece la resolución 408, desde esta gerencia se trabajara incansablemente en la salud y bienestar de nuestros usuarios garantizando el cumplimiento de los objetivos y el fortalecimiento institucional.



5

7

8

11

15

18

25

Presentación

Contexto
Legal

Plataforma
Estratégica

Plan de
Gestión
Gerencial

Gestión
Dirección y
Gerencia

Gestión
Administrativa y
Financiera

Gestión Clínica -
Asistencial

CONTENIDO

PRESENTACION

El presente Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de la ESE Hospital Ana Silva Maldonado Jiménez de primer nivel de complejidad, durante el periodo 2021 - 2024, incorpora los compromisos que el gerente suscribe ante la Junta Directiva del Hospital, los cuales contienen aspectos relacionados con el cumplimiento de las metas de la gestión, viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

Recoge los lineamientos en materia de las políticas nacionales en salud, el Plan de Desarrollo Municipal, el Plan Territorial de Salud articulado con el Plan Decenal de Salud Pública.

Así mismo se desarrolló mediante una metodología participativa, en donde se efectuó la consolidación y análisis de datos asistenciales, financieros, de procesos y de desarrollo organizacional, su estructura se apoya en tres áreas principales: Gestión de Dirección y Gerencia; Financiera y Administrativa, Gestión Clínica o Asistencial.

El presente plan de gestión contiene los ajustes asociados a la resolución 408 de 2018, el Ministerio de salud y protección social sustituye los Anexos 2, 3, y 4 adoptados en la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013, por los Anexos 2, 3, y 4 que hacen parte integral de la resolución, los cambios asociados se encuentran definidos a lo largo del plan y en del presente documento, se aclara que la información evaluada para el presente plan es de la vigencia objeto de la evaluación, según las modificaciones de la resolución mencionada.



R

G



CONTEXTO LEGAL

La normativa legal que sustenta la preparación y formulación del Plan de Gestión Gerencial para el período 2020 - 2024 es la siguiente:

- Artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011.
- Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011: Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, definir las condiciones y la metodología, para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva

Resolución 000710 de marzo 30 de 2012, por medio del cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la junta directiva y se dictan otras disposiciones.

OTRAS NORMAS



DECRETO
1011 DE 2016

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud



LEY
100 DE 1993

Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social integral y se dictan otras disposiciones



LEY
152 DE 1994

Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo



DECRETO
139 DE 1996

Por el cual se establecen los requisitos y funciones para los Gerentes de Empresas Sociales del Estado y Directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público y se adiciona el Decreto número 1335 de 1990



DECRETO
1011 DE 2016

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones



RESOLUCION
2181 DE 2008



Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público



RESOLUCION
2993 DE 2011



Por el cual se establecen disposiciones relacionadas con la conformación y funcionamiento de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial



DECRETO
139 DE 1996

Por el cual se establecen los requisitos y funciones para los Gerentes de Empresas Sociales del Estado y Directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público y se adiciona el Decreto número 1335 de 1990



RESOLUCION
743 DE 2013



Por la cual se modifica la resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones



NORMAS TERRITORIALES

Planes Territoriales de Desarrollo. Planes de Ordenamiento Territorial Planes Territoriales de Salud. Planes bienales de inversiones



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

Misión

1

- Prestar servicios de salud de baja complejidad en el Municipio de Colombia a los usuarios, la familia y la comunidad de manera humanizada, segura, oportuna, asequible y efectiva, contribuyendo a su bienestar mediante la atención integral y personalizada en cada uno de los momentos de la atención en salud.

Visión

2

- Ser reconocidos en el año 2024 como la Institución modelo en el norte del Huila, en la prestación de servicios de salud de baja complejidad, garantizando la calidad de la atención, la seguridad del paciente y el trato humanizado; demostrando sostenibilidad, competitividad y efectividad.

3

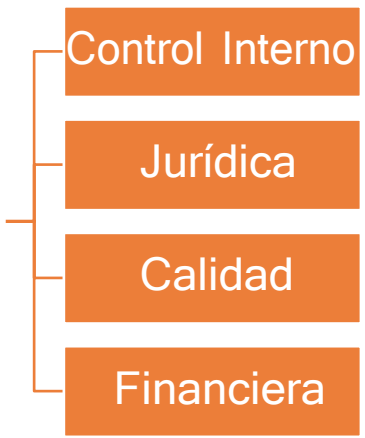
Valores Corporativos

- Compromiso
- Respeto
- Transparencia
- Solidaridad
- Honestidad
- Amabilidad
- Equidad

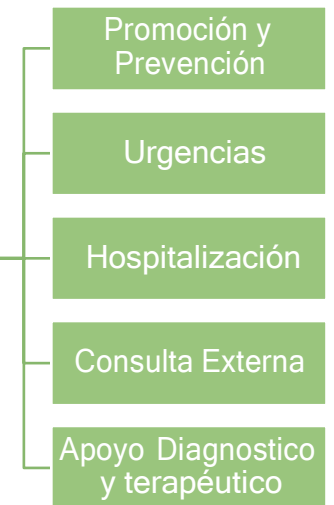


MAPA DE PROCESOS

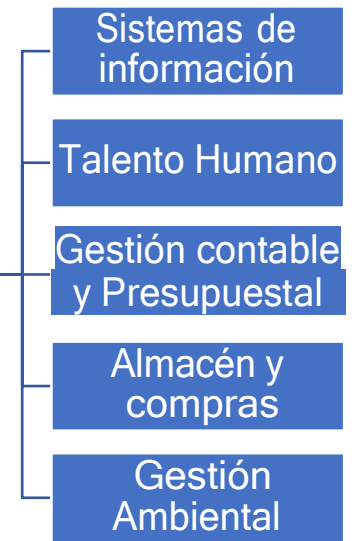
Procesos Estratégicos



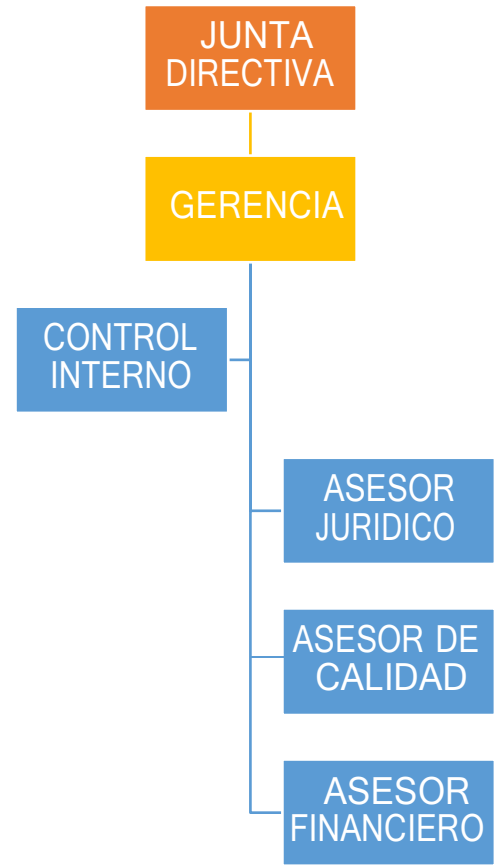
Procesos Misionales



Procesos de Apoyo



ORGANIGRAMA DIRECTIVO



¿QUE HACEMOS?

PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE LA ORGANIZACION



1

URGENCIAS

- Consultorio
- Sala de Procedimientos, Reanimación
- Sala de Observación



3

AMBULANCIA

- Ambulancias Básica



6

HOSPITALIZACION

- 2 Camas H. Hombres
- 2 Camas H. Mujeres
- 2. Cunas Pediatría Habitaciones



1

LABORATORIO CLINICO

- Toma de Exámenes Ambulatorios y Hospitalarios



2

ODONTOLOGIA

- Consultorio Odontológico
- Consultorio de Higienista



1

FARMACIA

- Dispensación de Medicamentos Ambulatorios y Hospitalarios



3

CONSULTA EXTERNA

- 2 Consultorios Médicos
- Sala de Vacunación
- Por Contingencia COVID se Adecuo 1 consultorio para Atención de Sospechosos.



PLAN DE GESTION GERENCIAL

OBJETIVO GENERAL

Diseñar e implementar plan de Gestión Gerencial que permita identificar a través de evaluaciones sistemáticas a los procesos, oportunidades de mejora que coadyuven al cumplimiento de los más altos estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud, garantizando sostenibilidad Financiera en el Marco de la excelencia.

PROPOSITO

Establecer los compromisos de gestión, acorde a lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 y sus anexos técnicos, en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por el Gerente de la E.S.E Ana Silvia Maldonado Jiménez , durante el periodo 2020-2024

ESTRUCTURA

AREA DE GESTION	PORCENTAJE	ESTANDAR	TIPO ESE
Direccion y Gerencia	20%	3	I NIVEL
Administrativa y Financiera	40%	8	I NIVEL
Gestion Clinica	40%	6	I NIVEL



METODOLOGIA

La metodología adoptada por la gerencia de la ESE ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ para la elaboración del Plan de Gestión, comprendió un proceso participativo de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, donde se realizó una clasificación y análisis de datos e informes de periodos anteriores e indicadores, donde podemos trazar una línea de base la cual sirven de herramienta para enfocar algunos puntos críticos para formular el plan de gestión.





ENFOQUES DE LA GESTIÓN GERENCIAL

En la Gerencia de la Ese 2020 - 2024 estos serán los enfoques estratégicos de la administración, los cuales están correlacionados con los Ejes de Acreditación en alta calidad en salud, de la resolución 5095 versión 3.1, del Icontec, para el logro y cumplimiento de los indicadores de Gestión Gerencial,

se realizara desde control interno y calidad una validación de los procesos con los líderes para poder establecer procedimientos, formatos e información de cada área que permitirá medir la gestión interna de cada área, realizar acciones de mejora y seguimiento continuo.

Responsabilidad Social



NFOQUE RESPONSABILIDAD SOCIAL

Comprometidos con la salud de los huilenses

Gestión de Riesgo y seguridad del Paciente



SEGURIDAD Y RIESGOS

Atentos a identificar y disminuir los riesgos existentes y prevenirlos



NFOQUE TECNOLÓGICO

Dispuestos a automatizar la operación Mediante nuevas tecnologías

Gestión de la Tecnología



Atención Centrada en el usuario y su familia

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Brindamos la atención primaria en salud de manera oportuna identificando a tiempo el riesgo en salud.



SERVICIO HUMANIZADO

Brindamos una atención calida y oportuna a nuestros usuarios.

Humanización de la atención



MEJORAMIENTO CONTINUO

Trabajamos diariamente en la identificación de planes de Mejora y en su intervencion

Transformación Cultural



METAS DE LA GERENCIA

Meta 1

Garantizar la calidad y Oportunidad de la atención en nuestros usuarios

Meta 2

Estructurar un plan de Auditoria, Modelo de atención y dirección Medica

Meta 3

Mejorar la comunicación Efectiva entre los clientes Interno y externo.

Meta 4

Mejorar el clima laboral entre Colaboradores, Para el logro de las Metas Institucionales-

Meta 5

Implementar un Plan de Capacitación e inducción que garantice el buen desarrollo de las Funciones de los Colaboradores

Meta 6

Implementar un sistema de información que garantice la integralidad de los procesos y la calidad del dato para toma de decisiones y estadística.

Meta 7

Realizar un Plan de Reducción del gasto Operacional, garantizando el correcto Funcionamiento de la institución.

Meta 8

Plan de Recuperación de Cuentas por Cobrar y Modelamiento de Flujo de Caja Gradual para el Plan de Saneamiento de Cuentas por Pagar

Meta 9

Incrementar el ingreso Operacional

Meta 10

Garantizar la Cobertura de los Planes de Atención Básica en salud - Promoción y prevención a la zonas Rurales Extremas.

Meta 11

Identificar Oportunamente aquellos factores de riesgo y Seguridad del Paciente para adoptar medidas.

Meta 12

Trabajar Fuertemente en la Implementación de los estándares de Acreditación con el fin de Avanzar en el proceso Autoevaluativo.



DIRECCION Y GERENCIA

INDICADORES



Cumplimiento de los logros estratégicos, Desarrollo e implementación del Sistema de Garantía de la Calidad.
El objetivo de esta área es el de implementar y mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento de la entidad, y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud. Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo institucional, el fortalecimiento del sistema de Información a través de monitoreo y planeación de la gestión de los procesos de prestación de los servicios, administrativos y financiero

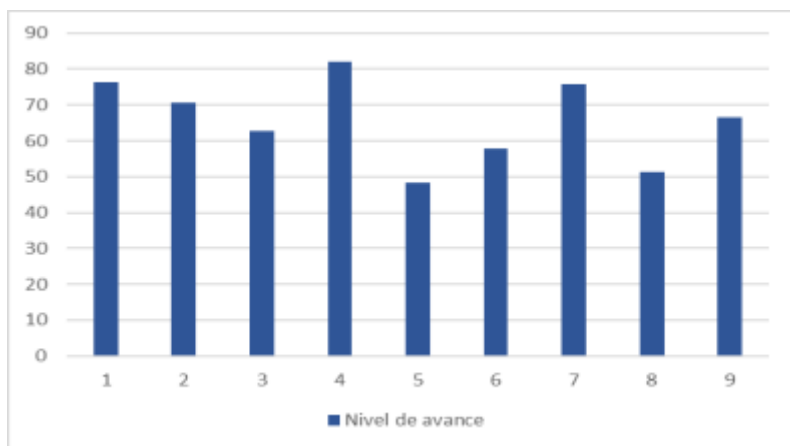
INDICADOR	ESTANDAR	META 2020
Mejoramiento Continuo de la Calidad (Ent No Acreditada)	Autoevaluación \geq 1,2	\geq 2 En la Autoevaluación
PAMEC.	\geq 0,9	90% Ejecuciones de Planes de Mejora
Ejecución del plan de Desarrollo Institucional	\geq 0,9	90% Ejecuciones de Proyectos estratégicos



La metodología utilizada por la gerencia y la oficina de control interno en la evaluación del sistema de Control Interno y Gestión del MECI en la E.S.E Ana Silvia Maldonado Jiménez de Colombia Huila, es la prevista por la normatividad vigente determinada a través del Departamento Administrativo de la Función Pública, conforme a los lineamientos del modelo integrado de Planeación y Gestión “MIPG”.

la ESE cuenta con los respectivos protocolos y guías; existen un proceso de conservación adecuado de los bienes, el manejo contable está ajustado a las normas contables vigentes y se da oportuno cumplimiento a los reportes de información contables, financieras y presupuestal, se dio oportuna respuesta a los planes de mejoramiento establecidos por entes de control. La Entidad ha atendido las recomendaciones y ha venido preocupándose por implementar los correctivos necesarios acorde con la capacidad de sus recursos financieros.

Así mismo, se han realizado los planes de mejoramiento junto con sus respectivos seguimientos, de todos los hallazgos que han resultado en procesos de auditorías externas por parte de la Contraloría del Huila, tanto de las cuentas correspondientes a cada vigencia y de auditorías especiales aplicadas a la Entidad durante la vigencia 2019 y vigencias anteriores.



Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Característica</i>	Gestión Estratégica del Talento Humano	Integridad	Planeación Institucional	Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	Gobierno Digital	Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	Servicio al ciudadano	Participación Ciudadana en la Gestión Pública	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
<i>Nivel de avance</i>	76,2	70,6	62,8	81,9	48,4	57,8	75,9	51,4	66,4

INDICADORES



INDICADOR 1	Mejoramiento Continuo de Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluacion en la vigencia anterior				
FORMULA	Promedio de calificacion de autoevaluacion evaluada /Promedio de la calificacion de autoevaluacion de la vigencia anterior				
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	Realizar Plan de Acreditacion y capacitacion con el personal en el manual de estandares en acreditacion en salud				
	Conformar equipos de Autoevaluacion y realizar las evaluaciones cualitativas y cuantitativas de los estandares				
	Realizar el entregable radicarlo ante el icontec				
ESTANDAR PROPUESTO	Línea Base	2020	2021	2022	2023
Mayor o Igual 1,20	1,2	1.4	1.6	1.7	1.8

INDICADOR 2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	
FORMULA	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	Realizar Plan de Auditoria a todas los procesos misionales de manera que sea efectivo la interlocución entre ellas para completar la ruta efectiva de atención del paciente con estándares de calidad. (capacitación)	
	Realizar análisis de Auditoria y planes de Mejora a los procesos, colocar indicadores y tiempos a los planes de mejora y proyectos de manera que sea medible	
	integrar el cuadro de mando integral con el cumplimiento de actividades del PAMEC con los tiempos establecidos para la consecución de los planes de mejora.	
ESTANDAR PROPUESTO	Línea Base	META 90%
Mayor o Igual 90%	85%	

INDICADOR 3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional				
FORMULA	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación				
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	Elaborar y presentar ante la junta el plan de desarrollo institucional para la vigencia 2020 - 2024				
	Realizar seguimiento periódico a cada actividad con indicadores				
	Realizar periodicamente la publicación del logro de cada actividad completada del plna de desarrollo				
ESTANDAR PROPUESTO	Línea Base	2020	2021	2022	2023
Mayor o Igual 90%	85%	90%	90%	95%	100%

GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

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



INDICADORES

INDICADOR	ESTANDAR	Meta 2020
Riesgo Fiscal o Financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Adopción del Plan de recuperación
Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	< 0,90	90%
Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: -Compras conjuntas -Compras a través de cooperativas de empresas sociales del Estado -Compras a través de mecanismos electrónicos	≥ 0,7	90%
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	- Cero (0) o variación negativa	90%
Utilización de información de registro individual de prestaciones - RIPS	4	4 informes
Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	≥1	90%
Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	100%
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	100%

DIAGNOSTICO INICIAL SITUACION FINANCIERA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ANA SILVIA MALDONADO JIMÉNEZ DE COLOMBIA –
HUILA
NIT - 813.011,706-8

ESTADO DE SITUACION FINANCIERA
Periodos Contables Terminados el 31/12/2019 y 31/12/2018

ACTIVO	31/12/2019	31/12/2018
ACTIVO CORRIENTE		
Efectivo y Equivalentes del Efectivo	5.576.154,00	24.898.416,00
Cuentas por cobrar	121.957.614,00	153.341.159,00
Inventarios	69.371.021,00	27.812.294,00
Total Activos corrientes	196.904.789,00	206.051.869,00
ACTIVO NO CORRIENTE		
Cuentas por cobrar	232.804.715,00	208.225.714,00
Propiedades, planta y equipo	1.723.795.349,00	1.749.245.538,00
Otros activos	67.397.262,00	73.971.542,00
Total Activos no corrientes	2.023.997.326,00	2.031.442.794,00
TOTAL ACTIVO	2.220.902.115,00	2.237.494.663,00
PASIVO		
operaciones de banca central e instituciones financieras		
PASIVO CORRIENTE		
Operaciones de banca central e instituciones fin.	0,00	0,00
Cuentas por pagar	368.921.173,00	294.196.863,00
Beneficios a los empleados	62.755.174,00	61.091.140,00
Provisiones	8.870.398,00	8.870.398,00
Otros pasivos	0,00	31.427.523,00
Total pasivos corrientes	440.546.745,00	395.585.924,00
PASIVO NO CORRIENTE		
Cuentas por pagar	7.457.571,00	4.998.071,00
Total pasivos no corrientes	7.457.571,00	4.998.071,00
TOTAL PASIVO	448.004.316,00	400.583.995,00
PATRIMONIO		
Patrimonio insitucional		
Capital Fiscal	1.051.918.816,00	1.051.918.816,00
Resultados de Ejercicios Anteriores	784.991.851,00	676.025.593,00
Resultados del Ejercicio	-64.012.868,00	108.966.259,00
TOTAL PATRIMONIO	1.772.897.799,00	1.836.910.668,00
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	2.220.902.115,00	2.237.494.663,00

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ANA SILVIA MALDONADO JIMÉNEZ DE
COLOMBIA – HUILA
NIT - 813.011,706-8

ESTADO DE RESULTADO INTEGRAL
Periodos Contables Terminados el 31/12/2019 y 31/12/2018

	31/12/2019	31/12/2018
INGRESOS OPERACIONALES (1)	1.686.936.724,00	1.731.341.830,00
Venta de Servicios	1.598.917.281,00	1.526.270.357,00
Servicio de Salud	1.598.917.281,00	1.526.270.357,00
Devoluciones, rebajas y descuentos en ventas de servicio DB	0,00	0,00
Transferencias y Subvenciones	88.019.443,00	205.071.473,00
Subvenciones	88.019.443,00	205.071.473,00
COSTO DE VENTA (2)	-1.284.053.204,00	-1.235.497.703,00
COSTO DE VENTA DE SERVICIOS	-1.284.053.204,00	-1.235.497.703,00
Servicios de Salud	-1.284.053.204,00	-1.235.497.703,00
UTILIDAD BRUTA	402.883.520,00	495.844.127,00
De administración	-370.619.392,00	-361.677.725,00
Sueldos y Salarios	-86.677.746,00	-100.612.637,00
Contribuciones Efectivas	-24.080.727,00	-28.007.238,00
Aportes Sobre la Nomina	-5.087.900,00	-6.029.000,00
Prestaciones Sociales	-40.916.672,00	-46.734.395,00
Gastos de Personal Diversos	-128.740.369,00	-100.020.286,00
Generales	-81.719.454,00	-76.552.175,00
Impuestos Contribuciones y Tasas	-3.396.524,00	-3.721.994,00
Deterioro, depreciaciones, Amortizaciones y Provisiones	-44.229.718,00	-73.297.686,00
Deterioro de cuentas por cobrar	-9.485.250,00	-41.553.218,00
Depreciacion de propiedades, planta y equipo	-28.170.188,00	-28.170.188,00
Deterioro de activos intangibles	-6.574.280,00	-3.574.280,00
UTILIDAD (DÉFICIT) OPERACIONAL (4)	-11.965.590,00	60.868.716,00
OTROS INGRESOS (5)	54.031.684,00	82.967.572,00
Financieros	133.257,00	104.748,00
Ingresos Diversos	53.898.427,00	82.862.824,00
OTROS GASTOS (7)	-106.078.962,00	-34.870.028,00
Comisiones	-3.470.331,00	-2.380.848,00
Financieros	-7.329.296,00	-4.124.376,00
Otros Gastos	-95.279.335,00	-28.364.804,00
EXCEDENTE (SUPERAVIT) DEL EJERCICIO	-64.012.868,00	108.966.260,00

DIAGNOSTICO INICIAL SITUACION FINANCIERA

- Los activos disminuyeron \$16,592 mil equivalentes a un -0,74% debido a la disminución de cartera menor a 360 días Disminuyo los activos fijos y los activos intangibles debido a la depreciación y o amortización por desgaste Y el efectivo también disminuyo por que se cancelaron varios pasivos para que no pasaran al 2020.
- Los pasivos aumentaron \$47,420 mil equivalente al 11,84%, en consecuencia del aumento de los rubros: recaudos por identificar y otras cuentas por pagar (Honorarios y servicios).
- El patrimonio disminuyo \$64,012 mil equivalente a un -3,48 debido a la pérdida del ejercicio 2019.

- En los activos uno de los rubros más importantes son las cuentas por cobrar

Edad	2019	2018	Variación Relativa	Variación Absoluta
Cuentas por cobrar menor a 360 días	121.957.614,00	153.341.159,00	-31.383.545,00	-20,47%
Cuentas por cobrar mayor a 360 días	232.804.715,00	208.225.714,00	24.579.001,00	11,80%
TOTAL	354.762.329,00	361.566.873,00	-6.804.544,00	-1,88%

- Se deben realizar estrategias para recuperar esta cartera mayor a 360, primero para que nos ayude en los indicadores de gestión y segundo para no deteriorar o dar de baja esta cartera ya que pasaría a incobrable y afectaría el estado de resultados de la entidad.

En los Pasivos las cuentas por pagar representa el valor de las obligaciones contraídas por la Empresa Social del Estado Ana Silvia Maldonado Jiménez del Municipio de Colombia Huila.

CUENTA	BRE CUEN	2018	2019	VARIACION	
				ABSOLUTA	RELATIVA
24	CUENTAS PC	299.194.933	376.378.744	77.183.811	25,80%
25	BENEFICIOS	61.091.140	62.755.174	1.664.034	2,72%
27	PROVISIONE	8.870.398	8.870.398	0	0,00%
29	OTROS PASI	31.427.523	0	-31.427.523	-100,00%

DIAGNOSTICO INICIAL SITUACION FINANCIERA

- El reconocimientos de ingresos por venta de servicios de salud aumento \$23.964.263 equivalente a un 1.57%.
- El recaudo de ingresos por venta de servicios de salud de la vigencia 2019 aumento en un 3.65% que corresponde a \$50.480.558
- Los ingresos recaudados disminuyeron en un 5.42% debido en gran parte a que en el año 2018 se realizó una transferencia no ligada a venta de servicios de salud por parte del departamento que sumo \$117.052.030.
- Los ingresos reconocidos disminuyo \$120.471.642 equivalente a un 6.42%, esta disminución también se ve afectada por la transferencia mencionada en el punto anterior.
- Los gastos de funcionamiento aumentan en un 6.47%
- Los gastos de servicios personales indirectos aumentan un 12.35%
- Los gastos generales aumentan un 4.67%
- El recaudo de cuentas por cobrar de vigencias anteriores aumento en un 22.94% equivalente \$20.702.091
- Aunque presenta equilibrio total con reconocimientos a diciembre del 2019, con \$10.092.026, hay un detrimento en relación a diciembre del 2018 que fue por \$57.992.723
- Presenta equilibrio total con recaudos a diciembre del 2019, con \$107.905.447), valor que aumento con relación a diciembre del 2018 que fue de \$86.521.045
- Realizar un proceso de cobro ejecución y recuperabilidad de la cartera, teniendo en cuenta su incremento en la mayor a 1 año, con ello se le apunta a la disminución de los pasivos.

ESE HOSPITAL ANA SILVIA MALDONADO JIMÉNEZ				
COMPORTAMIENTO PRESUPUESTAL				
COMPARATIVO A DICIEMBRE 2018 - 2019				
CONCEPTO	31/12/2018	31/12/2019	DIFERENCIA	VARIACIÓN
VSS RECONOCIDOS	1.527.486.919	1.551.451.182	23.964.263	1,57%
VSS RECAUDOS	1.382.973.151	1.433.453.709	50.480.558	3,65%
CXC VIGENCIAS ANTERIORES	90.226.055	110.928.146	20.702.091	22,94%
TOTAL INGRESOS RECAUDADO	1.731.994.580	1.638.039.233	-93.955.347	-5,42%
TOTAL INGRESO RECONOC.	1.876.508.348	1.756.036.706	-120.471.642	-6,42%
GTOS DE FUNCIONAMIENTO	1.417.738.762	1.509.465.983	91.727.221	6,47%
SPI	374.408.938	420.653.437	46.244.499	12,35%
GTOS GRLES	291.139.263	304.732.772	13.593.509	4,67%
GTOS OPERAC.	191.498.778	192.138.674	639.896	0,33%
CXP VIGENCIAS ANTERIORES	90.226.055	44.340.023	-45.886.032	-50,86%
TOTAL GTO COMPROM.	1.818.515.625	1.745.944.680	-72.570.945	-3,99%
TOTAL GASTO PAGADO	1.570.082.955	1.418.062.846	-152.020.109	-9,68%
PASIVOS	248.432.670	327.881.834	79.449.164	31,98%
CARTERA HASTA 360 DIAS	144.513.768	117.997.473	-26.516.295	-18,35%
MAYOR A 360 DÍAS	285.072.413	314.448.227	29.375.814	10,30%
EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECONOCIMIENTO S	57.992.723	10.092.026	-47.900.697	-82,60%
EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	86.521.045	107.905.447	21.384.402	24,72%

INDICADORES



INDICADOR 4						
Riesgo fiscal y financiero						
FORMULA	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero					
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	Recibir Plan de Saneamiento y vigilar las proyecciones del presupuesto y la ejecución de los flujos Financieros					
	Realizar seguimiento a las Metas establecidas en el plan de seguimiento					
	Formalizar estas reuniones en un comité de sostenibilidad Financiera					
ESTANDAR PROPUESTO	Linea Base	2020	2021	2022	2023	
Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Adoptado	Adoptado	Adoptado	Adoptado	Adoptado	Adoptado

INDICADOR 5						
Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida (1)						
FORMULA	$\left[\frac{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación}}{\text{Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación}} \div \frac{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación}}{\text{Número UVR producidas en la vigencia anterior}} \right]$					
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	Revisar de manera minuciosa el estado financiero para evaluar el gasto real y realizar una proyección de gastos en el periodo y hacerle seguimiento mensual contra el presupuesto					
	Implementar comité financiero					
	Mirar alternativas que permitan aumentar los ingresos en la venta de servicios					
ESTANDAR PROPUESTO	Linea Base	2020	2021	2022	2023	
90%	92%	Menor a 90%	Menor a 90%	Menor a 90%	Menor a 90%	Menor a 90%

INDICADOR 6						
Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: Compras conjuntas Compras a través de cooperativas de empresas sociales del Estado Compras a través de mecanismos electrónicos						
FORMULA	$\frac{\text{Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos}}{\text{Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada}}$					
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	Establecer estrategias de negociación con otras Entidades que permitan la adquisición de Medicamentos e insumos cumpliendo la norma					
	Implementar comité financiero					
	Mirar alternativas que permitan aumentar los ingresos en la venta de servicios					
ESTANDAR PROPUESTO	Linea Base	2020	2021	2022	2023	
Menor a 70%	0%	Menor a 70%	Menor a 70%	Menor a 70%	Menor a 70%	Menor a 70%

INDICADOR 7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior					
FORMULA	(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)					
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	Implementar estrategias efectivas en cobro de cartera					
	Incrementar ingresos operacionales que permitan tener mas cubrimientos de costo y obligaciones financieras					
ESTANDAR PROPUESTO	Linea Base	2020	2021	2022	2023	
0%	0%	0%	0%	0%	0%	

INDICADOR 9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo					
FORMULA	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)					
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	De acuerdo al presupuesto realizar proyección de ingresos y recaudo. Calcular un promedio de glosa ponderada para realizar una provisión y poder evaluar con las cuentas por pagar estrategias de cumplimiento a proveedores.					
	Realizar gestión de cobro de cartera con las distintas entidades y evaluar la política de deterioro de cartera					
	Realizar un flujo de caja ajustado al recaudo real mes a mes y hacerle seguimiento a todos los involucrados					
ESTANDAR PROPUESTO	Linea Base	2020	2021	2022	2023	
100%	82%	90%	95%	98%	100%	

INDICADOR 8	Utilización de información de registro individual de prestaciones - RIPS					
FORMULA	registro individual de prestaciones - RIPS. Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la junta directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. 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					
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	Realizar cambio de Sistema de Información a un sistema que integre de manera oportuna y correcta los procesos misionales y de apoyo con el fin de construir en tiempo real la información durante la atención del paciente.					
	Revisar los RIPS del Año anterior para realizar una caracterización del Año anterior, para mirar las frecuencias de uso y población para reevaluar la capita actual y realizar un PYG del contrato.					
	De acuerdo a la caracterización de la Población realizar la proyección de actividades PYP a realizar en el periodo de tiempo y buscar estrategias en la captación de usuarios,					
ESTANDAR PROPUESTO	Linea Base	2020	2021	2022	2023	
4 Informes	4 Informes	4 Informes	4 Informes	4 Informes	4 Informes	





GESTION CLINICA ASISTENCIAL

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

Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los procesos

misionales del hospital, dentro de los cuales se encuentra la Gestión Ambulatoria, Gestión de Hospitalización y Cirugía, Gestión de Salud Pública y la Gestión de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico en concordancia con el nivel de complejidad y portafolio de servicios encaminado al cumplimiento de la misión institucional.



INDICADORES

INDICADOR	ESTANDAR	Meta 2020
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	$\geq 0,85$	85%
Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0 casos	0 casos
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	$\geq 0,9$	91%
Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	$\geq 0,8$	85%
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	$\leq 0,03$	$\leq 3\%$
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	≤ 3	1.5 días



DIAGNOSTICO INICIAL SITUACION CLINICA

En la gestión clínica podemos identificar que se han fortalecido acciones demanda inducida para poder lograr el cumplimiento de los indicadores de gestión clínica en el cual con las gestantes se han aumentado de 66% a un 82%, se identifica que se ha realizado auditoría de historia clínica identificando que hay múltiples factores que hacen que los usuarios no accedan a los servicios y desde esta base se puede impactar la cobertura llegando a la zona de vivienda de los usuarios-.

Se evidencia también Qué el hospital posee guías de atención a los pacientes de los cuales la guía de hipertensión ha tenido buen desarrollo en el último año es importante precisar que se deben realizar planes de mejora para la adherencia a estas.

Para los indicadores de oportunidad y reingreso al servicio de urgencias y al servicio de consulta externa se evidencia buena resolutiveidad por parte del personal clínico

Debido a que la información de los indicadores es muy manual se intervendrá para que el sistema de información pueda tabular y se pueda garantizar que la calidad del dato y la información sean veraces.

INDICADORES



INDICADOR 13	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE				
FORMULA	Número de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación				
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	Realizar la identificación y reporte de población con vdrl Positivo				
	Asegurar el cumplimiento de la guía de control prenatal				
	Aplicación de protocolo y seguimiento a guías de atención del Recién nacido				
ESTANDAR PROPUESTO	Linea Base	2020	2021	2022	2023
0	0%	0%	0%	0%	0%

INDICADOR 12	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	
FORMULA	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación	
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	Realizar seguimiento a las pruebas de embarazo tomadas en la ESE con el fin de identificar las gestantes	
	Incentivar el acceso a programas de promoción y prevención para captar la población materna	
	inscripción seguimiento y remisión de las maternas durante los controles prenatales	
ESTANDAR PROPUESTO	Linea Base	META 85%
Mayor a 85%	82%	

INDICADOR 14	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	
FORMULA	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la 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	
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	Revisar las guías de atención de enfermedades hipertensivas y capacitar al personal asistencial	
	Evaluar adherencia a guías de enfermedad hipertensiva a través de comité de Historias clínicas	
	Realizar planes de mejoramiento a los procesos por no adherencia a guías de práctica clínica	
ESTANDAR PROPUESTO	Linea Base	META 91%
Mayor a 90%	91%	

INDICADOR 15	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo				
FORMULA	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación / Número de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación				
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	Revisar las guías de atención de la ruta de crecimiento y desarrollo capacitar al personal asistencial				
	Evaluar adherencia a guías a través de comité de Historias clínicas y realizar validaciones con Rips y Base de datos para captar población				
	Realizar planes de mejoramiento a los procesos por no adherencia a guías de práctica clínica				
ESTANDAR PROPUESTO	Linea Base	META 85%			
Mayor a 80%	84%				

INDICADOR 17	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general					
FORMULA	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, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación					
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	Evaluar la oferta frente la demanda y la capacidad instalada					
	Realizar análisis y seguimiento a indicadores de cumplimiento de citas					
	Fortalecer la política de disponibilidad de citas					
ESTANDAR PROPUESTO	Linea Base	2020	2021	2022	2023	
Menor a 3 días	1.5 días	1,5 Días	1,5 Días	1,5 Días	1,5 Días	

INDICADOR 16	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas					
FORMULA	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, en la vigencia objeto de evaluación					
ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL LOGRO EN LA VIGENCIA	Realizar el análisis de casos en comité e identificar falencias en la prestación de los servicios y en las guías de práctica clínica					
	Evaluar adherencia a guías a través de comité de Historias clínicas y realizar validaciones con Rips y Base de datos para captar población					
	Realizar planes de mejoramiento a los procesos por no adherencia a guías de práctica clínica					
ESTANDAR PROPUESTO	Linea Base	2020	2021	2022	2023	
Menor a 3 %	4%	Menor a 3 %	Menor a 3 %	Menor a 3 %	Menor a 3 %	



INDICADORES



CONTROL SEGUIMIENTO A CUMPLIMIENTO DE INDICADORES RESOLUCION 408

	Nº	INDICADOR	PERIODOS	2020		2021		2022		2023	
			ESTANDAR	Semestre I	Semestre II	Semestre I	Semestre II	Semestre I	Semestre II	Semestre I	Semestre II
Gerencia	1	Mejoramiento Continuo de la Calidad (Ent No Acreditada)	Autoevaluación ≥ 1,2								
	2	PAMEC.	≥ 0,9								
	3	Ejecución del plan de Desarrollo Institucional	≥ 0,9								
Gestion Administrativa y Financiera	4	Riesgo Fiscal o Financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero								
	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	< 0,90								
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: -Compras conjuntas -Compras a través de cooperativas de empresas sociales del Estado -Compras a través de mecanismos electrónicos	≥ 0,7								
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	— Cero (0) o variación negativa								
	8	Utilización de información de registro individual de prestaciones - RIPS	4								
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	≥ 1								
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos								
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos								
Gestion clinica Asistencial	12	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	≥ 0,85								
	13	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0 casos								
	14	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	≥ 0,9								
	15	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	≥ 0,8								
	16	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	≤ 0,03								
	17	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	≤ 3								

FORMATO SEGUIMIENTO