PLAN DE GESTION 2020 – 2023

"Hospital San José, un Hospital más cerca de ti!"
contactenos@hsjrestrepo.gov.co
Tel. (2) 2522722 - 2522773
Calle 9 15-10, Restrepo Valle
www.hsjrestrepo.gov.co

1. PRESENTACIÓN

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

El presente documento pretende apoyar la definición, articulación, y priorización de objetivos, con el fin de hacer explícita la estrategia de la organización e implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, esto es, la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012, la Resolución 0743 de marzo 15 de 2013 y la Resolución 408 de 2018. Está diseñado y construido de acuerdo con los Principios, Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en sus tres ejes estratégicos: accesibilidad, eficiencia y calidad. Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial.

2. MARCO LEGAL

- Ley 1122 de 2007.
- Decreto 357 de febrero 8 de 2008.
- Ley 1438 de 2011, artículos 72, 73 y 74
- Resolución 0710 de marzo 30 de 2012 y sus anexos técnicos.
- Resolución 0743 de marzo 15 de 2013 y sus anexos técnicos.
- Resolución 408 de 2018.

3. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el alcance de las metas e indicadores de gestión y resultados relacionados con la producción y el mejoramiento de la calidad, eficiencia en la prestación de los servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos de la ESE Hospital San Jose de Restrepo (V).

4. DATOS GENERALES

4.1 Reseña Histórica de Restrepo

Restrepo Valle del Cauca es una población colombiana ubicada en la cordillera occidental, en el centro del Departamento del Valle del Cauca, cuya población es aproximadamente 17,500 habitantes, su temperatura promedio es de 18° clima templado, y su altura es de 1400 msnm, en su territorio se encuentra parte del Embalse del Calima, y a ciudades importantes como Buga y Santiago de Cali (aproximadamente 60 km). Fue fundada por Julio Fernández medina Anselmo Rendón, Nicanor Grisales y otros colonos el 01 de Diciembre de 1913.

Su economía se basa en la agricultura destacándose en café y piña como también en ganadería.

Además allí se conservan grandes vestigios de la cultura Calima y su parroquia es una de las más altas de Colombia, sus atractivos turísticos son, su hermoso paisaje conformado por montañas de suaves pendientes, los pequeños valles interandinos, el lago calima, el parque de las culturas prehispanicas de calima, los centros recreacionales la Rochela, Nayare y entre pájaros y flores en su zona rural; así como el parque los guaduales en su perímetro urbano.

Sus festividades son las fiestas patronales a la Virgen del Carmen en el mes de Julio, y sus fiestas aniversarios en Diciembre.

Parque principal de Restrepo

Escudo de Restrepo

4.2 Reseña Hospital San José

El Hospital San José fue fundado en el año de 1955, funciono hasta el año de 1978 en una vetusta casa de la localidad, cuando fue trasladado a su sede actual y desde su funcionamiento ha estado sostenida y administrado con recursos estatales.

En 1995, por acuerdo municipal se le da categoría de Empresa Social del Estado, constituyendo su junta directiva y cambiando sus estatutos e imagen corporativa para asumir los retos impuestos con la ley 100 de 1993. Actualmente depende económicamente de la nacional y técnicamente de la secretaria departamental de salud, está en proceso descentralización.

5. PLATAFORMA ESTRATEGICA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ

5.1 MISION

"Somos una Institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad que promueve la salud y previene la enfermedad, a través de un equipo humano calificado y comprometido con la calidad, seguridad, innovación, enfocado en la atención segura y humanizada al paciente, familia y comunidad".

5.2 VISION

"En el 2024 seremos un Hospital de Baja complejidad reconocidos en el Departamento del Valle del Cauca, por la integralidad en los servicios de salud, innovación, atención segura a los pacientes, familia y comunidad; manteniendo la sostenibilidad financiera y rentabilidad social".

5.3 PRINCIPIOS ETICOS

* Mejoramiento Continuo:
* Oportunidad
* Colaboración
* Eficacia.
* Austeridad
* Eficiencia
* Universalidad

5.4 NUESTROS VALORES

* Honestidad
* Respeto
* Responsabilidad
* Compromiso

* Lealtad
* Trabajo en equipo
* Solidaridad
* Ética

6. ELABORACIÓN DEL PLAN DE GESTION

Las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 Y 408 de 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, definen los criterios y metodologías para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Este documento determina la línea base, los compromisos, metas y actividades a alcanzar para el periodo objeto de evaluación, con el fin de cuantificar periódicamente (Anual), los resultados obtenidos relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, en tres ámbitos:

- Dirección y Gerencia 20%.
- Gestión Financiera y Administrativa 40%.
- Gestión Clínica y Asistencial 40%.

La formulación del Plan por área de Gestión incluye la Identificación del Indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, fórmula, actividades, línea base, meta y observaciones.

6.1 METODOLOGÍA

La metodología empleada para recolectar la información de los diferentes indicadores que integran el plan de gestión gerencial se realiza a través de los siguientes mecanismos:

• Solicitud a los diferentes líderes de procesos institucionales, con el fin de que se generen la gestión, Implementación y evaluación de los indicadores con los soportes suficientes para la validación de los resultados en cumplimiento de la normatividad vigente.
• Solicitud de certificados al Ministerio de Salud y Protección Social, para el soporte en el cumplimiento de términos en la presentación de informes rendidos
• Impresión de pantallazos de la Superintendencia Nacional de Salud, como soporte de presentación oportuna de informes.

6.2 ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL – LINEA DE BASE

A. SITUACION ACTUAL INDICADORES DE GERENCIA

Autoevaluación de acreditación

Durante el 2019 se realizó autoevaluación frente a estándares ambulatorios de acreditación, obteniendo una leve diferencia positiva respecto a la vigencia 2018 que fue la última evaluación. El resultado se debe a la continuidad en la organización de los programas en el servicio de protección específica y detección temprana, la mejora en la oportunidad en consulta externa médica y odontológica y el avance en la implementación de la política de seguridad del paciente.

La calificación final en el 2019 fue de 1.91; se evidencia que la proporción entre los dos periodos genera un resultado de 1.21.

La calificación obtenida desde el año 2016 como periodo vigente del Plan de Gestión Anterior es la siguiente:

Cuadro 1. Evaluación Indicador 1 plan de Gestión 2016-2019

AREA	No.	INDICADOR	FUENTE DE LA INFORMACION	RESPONSABLE	META SEGÚN MNSALUD	LINEA BASE 2016	PERIODO DE EVALUACION		
							2017	2018	2019
DIRECCION Y GERENCIA (20%)	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas con autoevaluacion en la vigencia anterior	Documento diligenciado del promedio de las autoevaluaciones de los estandares del SUA de la ESE.	GERENCIA	Mayor o igual a 1.2	1,11	1.4	1.7	1.91

La calificación final en el 2019 con relación al 2018 de los estándares ambulatorios y hospitalarios obtuvo una proporción de 1.11.

La institución cuenta con recurso humano de tipo profesional y técnico en el área asistencial y administrativa para atender la demanda de servicios:

Tabla 1. Capacidad Instalada

CONCEPTO	CAPACIDAD
Camas Hospitalarias	7
Camillas Urgencias	3
Consultorios Urgencias	1
Consultorios Consulta Externa	7
Unidades Odontológicas	3
Sala de parto	1
Ambulancias	2

Fuente: SIHO

Tabla 2. Autoevaluación en estándares de acreditación en el 2019.

ESTANDAR	Calificación dic-19
DIRECCIONAMIENTO	36%
GERENCIA	38%
TALENTO HUMANO	37%
AMBIENTE FISICO	36%
GERENCIA DE LA INFORMACION	34%
GESTION TECNOLOGICA	35%
ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	35%
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	36%

Fuente: Comité de Gestión y Desempeño

Efectividad en la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud

Respecto al programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad; se puede observar que durante el 2019 se realizaron auditorías a los procesos de: seguridad y salud en el trabajo, contratación, almacén, ley de transparencia, MIPG, gestión financiera, gestión de residuos, urgencias, adherencia a guías.

El resultado de estas auditorías arrojo que el hospital debía implementar 49 acciones correctivas y al final del periodo fueron cumplidas 49 acciones correctivas, para un cumplimiento del 90%. Entre las acciones podemos destacar:

Para determinar la línea base del 2019 es importante tener el histórico de la efectividad del mejoramiento para la calidad desde el 2016.

Cuadro 2. Evaluación Indicador 2 Plan de Gestión 2016-2019

AREA	No.	INDICADOR	FUENTE DE LA INFORMACION	RESPONSABLE	META SEGÚN MNSALUD	LINEA BASE 2016	PERIODO DE EVALUACION		
							2017	2018	2019
DIRECCION Y GERENCIA (20%)	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atencion en salud	Certificacion de la oficina de calidad o control interno sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque de acreditacion	GERENCIA	Mayor o igual a 90%	65%	91%	91%	90%

6.3 EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO

Cuadro 3. Resumen Plan Operativo 2019

En cuanto al cumplimiento del plan de desarrollo 2017-2019, durante la vigencia 2019 se obtuvo un cumplimiento del 90%; este resultado se debe a que las actividades de los ejes estratégicos fueron ejecutadas acorde al plan operativo de la vigencia; el cumplimiento por eje estratégico fue:

IMPERATIVO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	PROGRAMA/ACTIVIDAD	INDICADOR	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDADES REALIZADAS	META 2019	EJECUCION 2019	CUMPLIMIENTO
DESARROLLO Y POTENCIALIZACION INSTITUCIONAL	Modernizar y mantener la planta física, equipos y automotores en buenas condiciones para prestar un servicio oportuno y eficiente	Presentar proyecto de ampliacion y modernizacion de los servicios de hospitalizacion, consulta externa, odontologia, Apoyo diagnostico	Elaborar proyectos de inversion para presentar a las instancias pertinentes (Estudio preliminar, planos, preinforme, proyecto presentado)	No. De fases elaboradas / Total de fases *100	EL hospital San Jose elaboro el estudio medico arquitectonico y los planos arquitectonicos con el apoyo de una firma especializada; posteriormente fue elaborado el preinforme y presentado a la secretaria departamental de salud	75%, 3 fases	100%	**75%**
MEJORAMIENTO DE PROCESOS			Implementar los planes de accion de MIPG	No. Autodiagnostico elaborados y socializados / Total de autodiagnosticos *100	El Hospital San Jose realizao los autodiagnosticos con el apoyo del comité de gestion y desempeño, dividido por dimensiones: Talento humano, direccionamiento estrategico y planeacion, Gestion con valores para resultados, Evaluacion de resultados, Informacion y comunicacion, Gestion del conocimiento, Control Interno	100%	100%	**86%**
			Implementar el programa de auditoria de mejoramiento de la calidad	Numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas / total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria	Se realizo las auditorias a los procesos: seguridad y salud en el trabajo;contratacion;almacen;ley de transparencia;mipg;gestion financiera;gestion de residuos;urgencias;adherencia a guias	90%	100%	
		Implementar la politica de seguridad del paciente	Generar estrategias por cada servicio e incentivar la cultura del reporte del evento adverso	No. Eventos adversos gestionados / No. Eventos adversos reportados * 100	Reporte de la resolucion 0256	100%	100%	
		Fortalecer y consolidar el funcionamiento de los Equipos de Mejoramiento continuo y los Comités Intrahospitalarios	Efectuar las reuniones de los comités y Equipos de Mejoramiento Continuo con la periodicidad necesaria	No comites funcionando de manera periodica / Total comites institucionales*100	Actas de reunion comites intrahospitalarios	100%	100%	
	Desarrollar y mantener el sistema de control interno conforme a lo estipulado en la ley 87 de 1993, el decreto 1599 de 2005, el decreto 2913 de 2007 y el decreto 4445 de 2008.	Mantener la estructura del Modelo estandar de control interno y articular a MIPG	Actualizar los procesos misionales, de apoyo y estrategicos, teniendo en cuenta los requerimientos del modelo	No. Procesos articulado MIPG y MECI / Total de procesos * 100	Los procesos articulados son los estrategicos y misionales	90%	90%	
	Mantener el programa de gestion de residuos hospitalarios (PGIRH)	Asegurar la correcta disposición de los residuos sólidos hospitalarios	Fortalecer el comité GAGAS exigir el cumplimiento de la normatividad vigente	No. Reuniones realizadas / Total reuniones programadas *100	Actas de reunion comites intrahospitalarios	100%	25%	

OPTIMIZACION DE LA GESTION ADMINISTRATIVA	Garantizar un sistema de informacion moderno, confiable, seguro, eficiente y agil, que permita procesos eficientes interna y externamente	Sistematizar y mantener los procesos asistenciales y administrativos, con funcionamiento integrado y en tiempo real en zona rural y urbana	Generar estrategias mediante el comité de gerencia para la integracion de procesos	No de Procesos sistematizados / Total procesos programados para ser sistematizados *100	Sistematizacion de los procesos misionales	90%	100%	**100%**
	Generar cultura de servicio institucional y compromiso de nuestros colaboradores, suficiencia, adecuada comunicación y disposicion al cambio y al ejemplo, participación comunitaria e intersectorialidad	Mejorar el proceso de gestion humana	Realizar analisis del recurso humano de procesos misionales para una adecuado modernizacion institucional	No. De actividades realizadas con el objetivo de la modernizacion institucional / Total de actividades programadas * 100	El Hospital San Jose realizo el estudio tecnico de rediseño institucional, buscando la mejora de los procesos misionales y de apoyo. El estudio se implemento durante esta vigencia	90%	100%	
		Desarrollar estrategias que permitan generar el crecimiento personal y laboral del personal de la institución	Realizar y llevar a cabo el plan de cpacitaciones	No. Capacitaciones realizadas/ No. Capacitacion programadas * 100	Recopilar las capacitaciones realizadas por el personal, esta informacion puede solicitarse a cada responsable de procesos	90%	100%	
		Fortalecer los espacios y mecanismos de participacion comunitaria	Brindar acompañamiento al lider del proceso de participacion social para realizar capacitaciones, actividades de promocion de espacios comunitarios	No de reuniones de asousuarios realizadas / Total reuniones programadas *100	Se programaron 6 reunion y se realizaron 6 reuniones	100%	100%	
CRECIMIENTO DE MERCADO	Fortalecer la imagen institucional y la oferta de servicios de salud de baja de atencion al regimen subsidiado, contributivo, particulares y otras aseguradoras	Mejorar y mantener la imagen institucional atendiendo eficazmente las quejas y reclamos	Generar estrategias mediante el comité de calidad para gestion de quejas y reclamos	No. Quejas gestionadas/ Total de las quejas presentadas *100	Solicitar informacion a calidad	100%	100%	**100%**
		Lograr un nivel de satisfaccion del usuario del 90%, con politica de calidad y el buen trato	Analizar los resultados de las encuestas de satisfaccion realizadas en los servicios y generar estrategias mediante el comité de calidad para mejorar la atencion	No. De encuestas satisfactorias / Total de encuestas realizadas *100	Se realizo encuestas a los servicios	90%	100%	
								90%

Fuente: Informe de Gestión 2019

En cuanto al cumplimiento del plan de desarrollo 2016-2019, durante la vigencia 2019 se obtuvo un cumplimiento del 90%; este resultado se debe a: En el imperativo Estratégico de desarrollo de servicios la ejecución de actividades de protección específica y detección temprana, el cumplimiento de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas; en el Imperativo Estratégico de mejoramiento de procesos se realizó el diagnóstico e implantación del MIPG; en el Imperativo Estratégico de viabilidad financiera se logró el diseño y puesta en marcha de procesos administrativos enfocados a la costo-efectividad del servicio; en el Imperativo Estratégico Desarrollo de Mercado se mantuvo las buenas relaciones y la facturación a las EPS contributivas y por último en el Imperativo Estratégico de formación y crecimiento se logró avanzar en la vinculación de un personal a la planta de personal brindando un incentivo a aquellos trabajadores que tenían una antigüedad y buen rendimiento en la institución.

Cuadro 4. Evaluación Indicador 3 del Plan de Gestión 2016-2019

AREA	No.	INDICADOR	FUENTE DE LA INFORMACION	RESPONSABLE	META SEGÚN MNSALUD	LINEA BASE 2016	PERIODO DE EVALUACION		
							2017	2018	2019
DIRECCION Y GERENCIA (20%)	3	Gestion de ejecucion del plan de desarrollo	Informe del responsable de planeacion de la ESE, de lo contrario, informe de control interno	GERENCIA	Mayor o igual a 90%	90,0%	91,0%	92,0%	90,0%

B. SITUACION ACTUAL INDICADORES ADMINISTRATIVOS – FINANCIEROS

El Hospital durante el periodo 2016-2019 logros el incremento en las ventas de servicios de salud del régimen subsidiado y contributivo, la facturación incremento en un 20% y por ende la cartera también; esta situación última genero dificultades en el flujo de efectivo y administrativamente los procesos se vieron afectados.

El gasto y costo se incrementó cerca de un 30% debido al cumplimiento de los estándares normativos en Detección Temprana y Protección Específica, además, en el 2016 el Hospital San José se encontraba en Plan de Mejoramiento por el no cumplimiento de requisitos de Seguridad del Paciente; por tal motivo la Gerencia tuvo que adquirir dotación necesaria e implementar procesos necesarios que dieran respuesta a todos los requisitos normativos.

El Hospital San José en el 2016 no realizaba compras conjuntas y desde esa fecha se implementó este proceso y al 2019 el Hospital está adquiriendo bajo esta modalidad el 74% de los insumos y medicamentos.

El Hospital San José en el año 2015 fue categorizado en riesgo bajo y en el 2019 fue categorizado Sin Riesgo, esta calificación es importante teniendo en cuenta la difícil recuperación de la cartera.

Cuadro 5. Evaluación Indicadores área Administrativa y Financiera Plan de Gestión 2016-2019

AREA	No.	INDICADOR	FUENTE DE LA INFORMACION	RESPONSABLE	META SEGÚN MNSALUD	LINEA BASE 2015			
							2017	2018	2019
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	4	Evolucion del gasto por unidad de valor relativo producida (Pendiente definir por el ministerio)	Ejecuciones presupuestal reportada al sistema SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que lo susutituya, ficha tecnica de la pagina web del SIHO del Ministerio de salud y de la Proteccion social	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	menor a 0,9	1,11	0.87	0.99	1.13
	5	Riesgo fiscal financiero	Calificacion del Ministerio de Salud	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	Sin Riego	Riesgo bajo	sin riesgo	sin riesgo	sin riesgo
	6	Proporción de medicamentos y material quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compra conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos	Informe del área de compras, firmado por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, firmado por el contador y el responsable de control interno de la ESE	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	Menor o igual a 70%	0%	80%	80%	74%
	7	Monto de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratacion de servicios, y variacion del monto frente a la vigencia anterior	Contadora o revisora fiscal si aplica	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	8	Utilizacion de informacion de registro individual de prestaciones - RIPS	Informe del responsable de planeaciones o quien haga sus veces, Actas de Junta Directiva	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Ejecucion presupuestal reportada al sistema de informacion SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	Mayor o igual a 1	1,10	1.05	0.98	0.91
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de informacion en cumplimiento de la circular unica expedida por la Superintendencia Nacionald e Salud o la norma que la sustituya	Superintendencia nacional de salud	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	Informe entregado	Informe entregado	Cumple	No cumple	No cumple
	11	Oportunidad en el reporte de informacion en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Ministerio de la proteccion social	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	Informe entregado	Informe entregado	Cumple	Cumple	Cumple

Fuente: Informe de Gestión 2019

Tabla 3. Categorización del Riesgo 2016-2019

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	
Variable	**Calificación**
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	Sin riesgo
Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Sin riesgo
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Riesgo bajo
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Sin riesgo
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Sin riesgo
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Riesgo bajo
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Sin riesgo

Fuente: SIHO

Tabla 4. Personal de Planta 2016-2019

PLANTA DE PERSONAL					VARIACION
Variable	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	
Total Cargos Planta de Personal (Provistos)	27	27	27	32	19%
Empleados Públicos	17	17	17	19	12%
Trabajadores Oficiales	6	6	6	6	0%
Libre Nombramiento y Periodo Fijo	4	4	4	6	50%
Planta Temporal	0	0	0	1	100%

Fuente: SIHO

Tabla 5. Gasto Comprometido 2016-2019

GASTO COMPROMETIDO (miles de pesos corrientes)					
Variable	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**VARIACION**
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	3.000.856,36	3.170.154,21	3.686.456,23	3.911.634,17	30%
Gasto de Funcionamiento	2.508.032,14	2.785.368,14	3.398.998,95	3.664.913,30	46%
Gastos de Personal	1.976.624,91	2.122.683,76	2.443.420,40	2.632.532,19	33%
Gasto de Personal de Planta	1.093.865,43	1.087.957,03	1.100.330,07	1.216.204,93	11%
Servicios Personales Indirectos	882.759,48	1.034.726,73	1.343.090,33	1.416.327,26	60%
Gasto de Sueldos	519.293,78	519.042,74	534.345,87	630.639,07	21%
Gastos Generales	531.407,23	662.684,38	946.911,13	1.032.381,11	94%
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	356.782,59	260.628,45	287.457,28	206.720,87	-42%
Otros Gastos	136.041,63	124.157,62	8.667,41	40.000	-71%
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	0	0	0	120.146,05	100%
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	3.000.856,36	3.170.154,21	3.686.456,23	4.031.780,22	34%

Fuente: SIHO

Tabla 6. Ingresos Reconocidos 2016-2019

INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)					
Variable	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**VARIACION**
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	3.343.038,52	3.522.629,90	4.076.564,85	4.055.668,65	21%
Total Venta de Servicios	2.948.150,20	3.106.209,87	3.915.099,42	3.934.198,82	33%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	207.219,10	174.968,08	281.091,96	270.217,12	30%
.....Régimen Subsidiado	1.998.690,97	1.963.266,98	2.256.244,42	2.212.066,59	11%
.....Régimen Contributivo	427.483,62	612.929,69	1.005.462,17	877.790,15	105%
Otras ventas de servicios	314.756,51	355.045,11	372.300,87	574.124,96	82%
Aportes	0	75.000	0	0	
Otros Ingresos	394.888,32	341.420,04	161.465,43	121.469,83	-69%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	272.907,41	381.344,71	459.042,23	712.902,03	161%
Ingreso Total Reconocido	3.615.945,93	3.903.974,62	4.535.607,08	4.768.570,68	32%

Fuente: SIHO

Tabla 7. Ingresos Recaudados 2016-2019

INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)					VARIACION
Variable	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	2.937.688,91	2.949.656,66	3.152.809,91	2.961.921,04	1%
Total Venta de Servicios	2.542.800,59	2.535.293,68	2.991.344,48	2.840.451,21	12%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	207.219,10	174.968,08	281.091,96	180.217,12	-13%
.....Régimen Subsidiado	1.935.922,56	1.861.111,14	2.105.672,81	2.058.137,93	6%
.....Régimen Contributivo	142.970,19	205.407,08	320.816,73	168.479,54	18%
Otras ventas de servicios	256.688,74	293.807,39	283.762,97	433.616,63	69%
Aportes	0	75.000	0	0	
Otros Ingresos	394.888,32	339.362,98	161.465,43	121.469,83	-69%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	272.907,41	381.344,71	459.042,23	712.902,03	161%
Ingreso Total Recaudado	3.210.596,31	3.331.001,38	3.611.852,14	3.674.823,07	14%

Fuente: SIHO

Tabla 8. Recaudos/Reconocimientos 2016-2019

RECAUDADOS / RECONOCIMIENTOS					
Variable	2016	2017	2018	2019	VARIACION
% de recaudos / reconocimientos	87,87	83,73	77,34	73,03	-17%
Total Venta de Servicios	86,25	81,62	76,41	72,2	-16%
Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	100	100	100	66,69	-33%
Régimen Subsidiado	96,86	94,8	93,33	93,04	-4%
Régimen Contributivo	33,44	33,51	31,91	19,19	-43%
Otras ventas de servicios	81,55	82,75	76,22	75,53	-7%
Aportes		100			
Otros Ingresos	100	99,4	100	100	0%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	100	100	100	100	0%

Fuente: SIHO

Tabla 9. Equilibrio y eficiencia Presupuestal 2016-2019

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA					
Variable	2016	2017	2018	2019	VARIACION
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,2	1,23	1,23	1,18	-2%
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,07	1,05	0,98	0,91	-15%
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,11	1,11	1,11	1,04	-6%
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,98	0,93	0,86	0,76	-22%
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR ($)	14.173,01	12.543,42	14.756,08	14.300,29	1%
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR $ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	13.772,38	12.300,27	13.894,32	14.072,88	2%
Gasto de personal por UVR ($)	9.502,48	8.571,77	9.209,29	9.568,90	1%

Fuente: SIHO

Tabla 10. Cartera 2016-2019

CARTERA DEUDORES (miles de pesos corrientes)					VARIACION
Variable	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	
Total Cartera	663.122,96	821.420,15	1.378.330,61	1.722.285,34	160%
< 60 días	170.078,48	199.367,88	439.578,19	360.035,46	112%
61 a 360 días	175.900,82	280.538,30	495.518,77	696.822,21	296%
> 360 días	317.143,67	341.513,97	443.233,65	665.427,68	110%
Régimen Subsidiado	220.411,94	274.381,08	361.104,45	375.954,90	71%
< 60 días	27.471,48	38.185,69	104.017,45	65.395,31	138%
61 a 360 días	26.877,54	45.052,42	50.489,31	87.314,06	225%
> 360 días	166.062,92	191.142,98	206.597,69	223.245,53	34%
Población Pobre No Asegurada	10.655,48	10.655,48	10.655,48	100.655,48	845%
< 60 días	0	0	0	90.000	0%
61 a 360 días	0	0	0	0	0%
> 360 días	10.655,48	10.655,48	10.655,48	10.655,48	0%
Régimen Contributivo	352.781,47	440.656,04	845.433,69	1.000.644,72	184%
< 60 días	112.988,60	138.008,04	295.943,77	163.733,44	45%
61 a 360 días	129.166,28	210.458,91	389.673,04	516.842,14	300%
> 360 días	110.626,59	92.189,09	159.816,88	320.069,14	189%
SOAT ECAT	40.250,27	50.924,31	102.858,20	147.336,64	266%
< 60 días	8.023,04	7.015,28	23.875,44	23.338,71	191%
61 a 360 días	9.617,98	7.012,29	33.775,17	36.637,86	281%
> 360 días	22.609,25	36.896,74	45.207,60	87.360,07	286%
Otros Deudores	39.023,81	44.803,23	58.278,79	97.693,61	150%
< 60 días	21.595,36	16.158,86	15.741,53	17.568	-19%
61 a 360 días	10.239,03	18.014,68	21.581,26	56.028,15	447%
> 360 días	7.189,42	10.629,69	20.956,01	24.097,47	235%

Fuente: SIHO

Tabla 11. Pasivos 2016-2019

PASIVOS (miles de pesos corrientes)					VARIACION
Variable	2016	2017	2018	2019	
TOTAL PASIVO	97.890	137.005,05	285.012,02	619.956,03	533%
...SERVICIOS PERSONALES	0	0	0	0	0%
Otros Acreedores	97.890	137.005,05	285.012,02	619.956,03	533%

C. SITUACION ACTUAL INDICADORES ASISTENCIALES

La gestión asistencial tuvo un resultado positivo en diferentes aspectos:

- Presencia de las actividades misionales en la zona urbana y rural del municipio.
- Mejora en la Oportunidad en la atención de medicina y odontología general
- Mejora en la pertinencia de la atención de Urgencias.

Cuadro 5. Evaluación Indicadores Gestión Clínica o Asistencial en el periodo 2016-2019

AREA	No.	INDICADOR	FUENTE DE LA INFORMACION	RESPONSABLE	META SEGÚN MNSALUD	LINEA BASE 2015	PERIODO DE EVALUACION		
							2017	2018	2019
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL (40%)	12	Proporcion de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestacion	Informe comité de historias clinicas	RESPONSABLE DE PROMOCION Y PREVENCION	Mayor o igual a 0,85	0.51	85,2%	76,6%	85,0%
	13	Incidencia de sifilis congenita en partos atendidos en la ESE	Concepto del COVE territorial en el cual certifique el nivel de cumplimiento de la ESE en cada caso de sifilis congenita	RESPONSABLE DE PROMOCION Y PREVENCION	0 Casos	0,00	1,00	0,00	1,00
	14	Evaluacion de aplicación de guia de manejo especifica: Guia de atencion de enfermedad hipertensiva	Informe comité de Hisotrias clinicas	RESPONSABLE DE PROMOCION Y PREVENCION	Mayor o igual a 0,9	0,71	53%	88%	88%
	15	Evaluacion de aplicación guia de manejo de crecimiento y desarrollo	Informe comité de Hisotrias clinicas	RESPONSABLE DE PROMOCION Y PREVENCION	Mayor o igual a 0,85	0,70	62%	81%	87%
	16	Reingreso del servicio de urgencias	Comité de calidad o quien haga sus veces	RESPONSABLE DE URGENCIAS	Menor o igual a 0,03	0.3%	0,10%	0,10%	1,10%
	17	Oportunidad promedio de atencion de consulta medica general	Reporte resolucion 1446 de 2006 o la norma que la sustituya	GERENTE	Menor o igual a 3	2,00	2,35	2,35	1,20

Fuente: Informes de Gestión Anual

Tabla 12. Análisis de producción de Actividades

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS					VARIACION
Variable	2016	2017	2018	2019	
Camas de hospitalización	7	7	7	7	0%
Total de egresos	263	317	322	244	-7%
Porcentaje Ocupacional	30,76	36,44	35,66	32,02	4%
Promedio Días Estancia	3	2,94	2,83	3,35	12%
Giro Cama	37,57	45,29	46	34,86	-7%
Consultas Electivas	30.124	28.330	30.038	32.719	9%
Consultas de medicina general urgentes realizadas	7.635	11.993	11.379	12.871	69%
Número de partos	31	26	19	16	-48%
Exámenes de laboratorio	37.177	43.413	51.747	49.698	34%
Número de imágenes diagnósticas tomadas	705	788	696	1.669	137%
Dosis de biológico aplicadas	8.353	7.037	5.975	6.835	-18%
Citologías cervico-vaginales tomadas	1.705	2.186	1.798	2.718	59%
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	1.474	1.644	1.610	1.462	-1%
Número de sesiones de odontología realizadas	3.726	4.528	4.341	3.791	2%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	20.220	23.675	32.386	38.935	93%
Exodoncias	483	515	414	559	16%
Fisioterapia	0	0	7.202	4.887	4887%
Rayos X	705	788	696	1.669	137%
PIC	573	1.182	2.519	2.600	354%
Producción Equivalente UVR	208.011,58	247.636,56	265.321,18	275.113,23	32%

Fuente: SIHO

Tabla 13. Análisis de indicadores de calidad

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)					VARIACION
Variable	2016	2017	2018	2019	%
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	7,099	6,754	8,639	5,594	-21%
Razón Pacientes remitidas para atencion de parto por partos atendidos	1,871	1,346	0,737	2,188	17%
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0,236	0,117	0,448	1,095	364%
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,002	0,001	0,004	0,011	450%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1	2,354	2,249	1,269	27%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	8,986	2,335	4,318	5,369	-40%
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	15,573	25,732	23,366	23,477	51%
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,815	0,833	0,895	0,894	10%

Fuente: SIHO

Análisis Epidemiológico 2019

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL ENERO A DICIEMBRE DE 2019					
HOSPITAL SAN JOSE E.S.E RESTREPO VALLE					
Código	*Nombre*	*Cant*	*Porc*	*Acumulado*	*Tasa_100*
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	10277	29,1	29,06	63313,21
R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	1386	3,92	3,92	8538,69
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1031	2,92	2,92	6351,65
R51X	CEFALEA	911	2,58	2,58	5612,37
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	746	2,11	2,11	4595,86
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFEC	606	1,71	1,71	3733,37
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	458	1,29	1,29	2821,59
R42X	MAREO Y DESVANECIMIENTO	372	1,05	1,05	2291,77
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCI	359	1,02	1,02	2211,68
M255	DOLOR EN ARTICULACION	326	0,92	0,92	2008,38
E782	HIPERLIPIDEMIA MIXTA	290	0,82	0,82	1786,59
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	283	0,8	0,8	1743,47
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPL	271	0,77	0,77	1669,54
R074	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	266	0,75	0,75	1638,74
R05X	TOS	253	0,72	0,72	1558,65
J039	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	252	0,71	0,71	1552,49
R11X	NAUSEA Y VOMITO	217	0,61	0,61	1336,87
B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	201	0,57	0,57	1238,29
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	196	0,55	0,55	1207,49
G432	ESTADO MIGRA¥OSO	191	0,54	0,54	1176,69

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL ENERO A DICIEMBRE DE 2019						
HOSPITAL SAN JOSE E.S.E RESTREPO VALLE						
POBLACIÓN 16,232						
No	Causas	No de Casos	Hombres	Mujeres	Acumulado	tasa x 10000
1	Hipertensión Arterial	18	9	9	35,2941176	11,0892065
2	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	6	4	2	11,7647059	3,69640217
3	Tumor maligno del estomago	4	3	1	7,84313725	2,46426811
4	Accidentes de transito	3	2	1	5,88235294	1,84820108
5	Herida por arma Blanca(Violencia	3	2	1	5,88235294	1,84820108
6	Tumor maligno del Pulmón	1		1	1,96078431	0,61606703
7	Diabetes Mellitus	1		1	1,96078431	0,61606703
8	herida por arma de fuego(Violencia	1	1		1,96078431	0,61606703
9	Disfunción Multiorganica (Sepsis)	1		1	1,96078431	0,61606703
10	Insuficiencia Renal Crónica	1	1		1,96078431	0,61606703
11	Tumor maligno del Hígado	1		1	1,96078431	0,61606703
12	Tumor maligno del Cuello Uterino	1		1	1,96078431	0,61606703
13	Tumor maligno del cráneo	1		1	1,96078431	0,61606703
14	Leucemia Linfoide	1	1		1,96078431	0,61606703
15	Tumor maligno del cerebro	1	1		1,96078431	0,61606703
16	Tumor Maligno de la Próstata	1	1		1,96078431	0,61606703
17	Tumor maligno del Páncreas	1	1		1,96078431	0,61606703
18	Ahogamiento en piscina (Violenta)	1	1		1,96078431	0,61606703
19	Hemorragia Gastrointestinal	1	1		1,96078431	0,61606703
20	Aborto espontaneo (mortalidad fetal)	1	1		1,96078431	0,61606703
21	Cardiomiopatía Izquemica	1	1		1,96078431	0,61606703
22	Desnutrición Crónica en Adulto mayor	1	1		1,96078431	0,61606703
TOTAL		51	31	20		

6.4 FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

Análisis Situacional

La metodología utilizada se adjunta al documento, el cual explica la identificación de factores interno y externos, calificación del equipo directivo y la generación de las estrategias

Matriz priorizada de factores interno (MEFI)

Objetivos de la Gestión

Son objetivos de esta gestión:

- Mantener el equilibrio financiero y presupuestal
- Mejorar clima organizacional
- Aumentar la participación en el mercado
- Prestar servicios manteniendo un enfoque integral de atención primaria
- Trabajar con responsabilidad social
- Mejorar la imagen institucional
- Garantizar la calidad de servicios
- Trabajar por el desarrollo y fortalecimiento del talento humano
- Aumentar la oferta de servicios
- Promover el ambiente de control en los procesos
- Posicionar servicios competitivos

Análisis Situacional

Fortalezas

- Espacio físico adecuado para prestar servicios en urgencias.
- Buena calificación en la satisfacción de los usuarios en los servicios hospitalización, PyP y Consulta médica general.
- Capital humano comprometido.
- Seguimiento de indicadores de producción de servicios y de necesidad reportada.
- Equilibrio presupuestal y financiero
- Prestación de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico

* Prestación desconcentrada de servicios de salud en el área rural baja, media y alta.

Debilidades

* Espacio físico no adecuado para prestar servicios de salud en consulta externa, Promoción y prevención, Odontología y Hospitalización.
* Documentación algunos procesos misionales y de apoyo
* Prestación desconcentrada de servicios de salud en el área rural baja, media y alta.
* Articulación de los módulos del sistema de información, para unificar procesos administrativos y asistenciales
* Implantación total de una estructura de costos
* Gestión documental definida y articulada al sistema de información
* Proceso de gestión humana
* Implementación total de MIPG

Amenazas

* Situación COVID-19
* Poca claridad en el proceso de recuperación de cartera con las EPS
* Debilidad de los organismos de control del SGSSS
* Demora en el pago por parte de las EPS.
* Debilidad del sector hospitalario.
* Falta más adherencia de la población con su hospital.
* Política nacional favorece la privatización.
* Prestadores de servicios de salud de mediana complejidad a 45 minutos del municipio, las especialidades que no presta el hospital.
* Poca articulación de la red integrada de servicios de salud

Oportunidades

* Falta de oportunidad en la prestación de servicios de mediana complejidad por parte de otros centros hospitalarios.
* Apoyo municipal decidido de la alcaldía para con el Hospital San Jose
* Fortalecimiento de la Secretaria Departamental de Salud.
* Relaciones con las autoridades municipales.
* Ubicación geográfica entre los municipios de Darien, La Cumbre y Vijes

6.4 Objetivos Estratégicos Del Plan De Gestión

Los aspectos críticos detectados en el análisis de la situación actual se consolidan a través de 6 objetivos institucionales a saber:

- Implantar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión
- Fortalecer la prestación de servicios de salud extramurales.
- Fortalecer los procesos administrativos (Recurso humano, compras, financiero, presupuesto y facturación), para que se articulen con el MIPG
- Modernizar la planta física, equipos y automotores para una buena prestación de servicios de salud.
- Fortalecer el proceso de atención al cliente en servicios de salud y de comunicación organizacional.
- Mantener un enfoque de seguridad del paciente en todos los procesos misionales

Estrategias Planteadas

Desarrollo y modernización de servicios

En este imperativo se resalta el enfoque de Atencion Primaria en Salud en todos los servicios e irradiado en la zona urbana y rural, ademas, se pretende incrementar la accesibilidad, la oportunidad, la eficiencia la seguridad y la pertinencia de todos los servicios prestados con el fin de mejorar la calidad de vida de los usuarios y desde el punto de vista institucional lograr coberturas de atención, y el cumplimiento de sus compromisos contractuales. Se dará relevancia al concepto de "seguridad del paciente" para lo cual se implementará el plan de monitoreo de ocurrencia de eventos adversos en todos los servicios, la implementación de acciones preventivas que permitan disminuir los riesgos a los que están sometidos los pacientes.

Como parte de la modernización se incluirá la gestión por la construcción y modernización de un nuevo hospital como foco de atención, brindando oportunidad a nuestros usuarios y reforzando la detección temprana de casos de vigilancia en salud pública.

Mejoramiento de procesos

La estrategia se materializará en el diseño y ejecución del Sistema Único de Acreditación que permita direccionar los objetivos y metas de un modelo proactivo

de prestación de servicios que garantice cumplir con los componentes del SOGC establecido en el decreto 1011 de 2006.

La estrategia de mejoramiento de procesos incluye la implantación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

El Pilar fundamental en el mejoramiento de los servicios de salud será el desarrollo e implementación de un sistema de calidad basado en procesos, entendidos estos como el conjunto de actividades que articuladas entres si permiten el logro de un resultado esperado de manera eficiente y oportuna.

Esta estrategia obliga al seguimiento del plan de desarrollo, al plan de gestión y obviamente al plan territorial de salud pública.

La estrategia de fortalecimiento institucional esta basada en la ejecución de ciclos de planificación formulada en el esquema del mejoramiento continuo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar), complementario al desarrollo y fortalecimiento del control interno y del SOGC.

Los análisis del ciclo de planeación determinaran de forma precisa ampliación de la oferta, necesidades de modificaciones a la infraestructura física, tecnológica y de recurso humano, eterminando fuentes de financiación de la inversión y el cumplimiento de requisitos de habilitación.

Esta estrategia también involucra la mejora en el proceso de sistemas de información, permitiendo la sistematización y articulación de los procesos misionales con los de apoyo y direccionamiento.

Viabilidad Financiera

Abarca las acciones que tienen como objetivo permitir y garantizar el ingreso de recursos financieros necesarios para la sostenibilidad y cumplimiento de las obligaciones laborales de la institución de manera oportuna y eficaz.

Implica la implantación de procesos que disminuyan la perdida de recursos por procesos ineficientes, mejorar el cobro de los servicios prestados, la recuperación

de la cartera, el uso adecuado de los dineros en inversiones- costo efectivo y la disminución del gasto.

Esta estrategia se materializa en planes de contención del gasto, la implementación de un sistema de costos, diseño y ejecución de un plan de austeridad y fortalecimiento del proceso de facturación e implantación de un sistema de costos.

Mercadeo y comercialización

- Estrategia encaminada a generar incremento en la participación del mercado de la salud en la región y penetración en los servicios existentes con el desarrollo de nuevos servicios.

- Esta estrategia se materializará con el diseño y ejecución de plan de mercadeo y de comunicación y relación con los usuarios.

- Se mejorará la imagen institucional mediante la gestión de quejas, reclamos y sugerencias, incrementando el nivel de satisfacción de nuestros usuarios.

Formación y crecimiento

Para alcanzar este objetivo estratégico, es básica la implementación de acciones de mejora que propenda por la excelente gestión administrativa y de recursos. Esta será enfocada desde:

- Sistematizar los procesos asistenciales y administrativos, con funcionamiento integrado y en tiempo real
- Fortalecer el proceso de gestión humana
- Generar espacios de capacitación e investigación
- Fortalecimiento del programa de bienestar social
- Fortalecer los espacios y mecanismos de participación comunitaria
- Es pilar fundamental del fortalecimiento institucional su recurso humano. Esta estrategia contiene los planes de bienestar social y de fortalecimiento del recurso a través de la capacitación y el reentrenamiento además del cumplimiento de las obligaciones

empresariales con sus trabajadores ya sea de planta o de contratación externa.

6.5 Logros y acciones a alcanzar en el Plan de Desarrollo y Plan de Gestión 2020-2023

Área	Logros a alcanzar	Actividades a desarrollar
Gestión Dirección y Gerencial	Realizar la autoevaluación en acreditación.	Reactivar grupos primarios Capacitar a los grupos primarios Realizar acciones de planes de mejoramiento Realizar autoevaluación de eficacia Establecer acciones correctivas frente a los estándares de acreditación
	Implementar el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad	Realizar autoevaluación de acreditación Priorizar los procesos a abordar Establecer Herramientas de mejora Realizar auditorías de seguimiento Definir planes de mejora
	Articular los procesos misionales, apoyo y estratégicos con la planeación institucional	Elaborar el plan de estratégico de manera participativa Establecer planes operativos con los líderes de proceso Definir indicadores de seguimiento Realizar seguimiento bimensual Establecer planes de mejoramiento
Gestión de prestación de servicios de salud	Implementación del SOGC	Diseño y ejecución de PAMEC. Seguimiento a eventos adversos. Ampliación de portafolio de servicios. Ampliación de horarios de atención. Disminución de tiempo de estancia.
	Eventos adversos resueltos	Identificación de eventos adversos. Seguimiento a eventos. Plan de mejoramiento implementado.
Gestión Financiera y Administrativa	MECI Implementado.	Trabajo coordinado. Implementación de procesos. Comité de Coordinación de control Interno funcionando. Tablero de gestión.
	Mantener equilibrio financiero	Análisis de costo y gasto. Definición de plan de austeridad. Motivación al personal. Seguimiento a plan de austeridad.

		Socialización de resultados.
	Fortalecer y mejorar el proceso de compras y/o adquisición	Ajustar el proceso de compras Socializar con los clientes internos y proveedores Implementar acciones de mejoramiento Realizar auditoria de seguimiento
	Fortalecimiento del proceso de facturación	Diseño de proceso de facturación. Soportes adecuados a servicios prestados. Cobro oportuno. Depuración y ajuste de cuentas pendientes.
	Fortalecimiento y mejoramiento del proceso de cartera	Revisión de cartera Estudio de cartera superior a 360 días Saneamiento contable
	Incremento de los ingresos por venta de servicios	Plan de incremento de captación cuotas de recuperación. Sensibilización comunitaria. Plan de captación de usuarios de programas de p y p. Apertura de nuevo servicio mediana complejidad Ampliación de horarios de atención.
	Comité de bienestar social funcionando.	Revisión del comité. Diseño y ejecución de plan de bienestar social. Diseño de plan de estímulos.
	Fortalecimiento del recurso humano	Levantamiento de procesos de personal. Diseño y ejecución de plan de capacitación.

6.6 Compromisos De Gestión Gerencial, Administrativa y Asistencial

Plan de gestión 2020-2023

PLAN DE GESTION 2020-2023										
AREA	No.	INDICADOR	FUENTE DE LA INFORMACION	RESPONSABLE	META SEGÚN MNSALUD	LINEA BASE 2019	PERIODO 2020-2023			
							2020	2021	2022	2023
DIRECCION Y GERENCIA (20%)	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas con autoevaluacion en la vigencia anterior	Documento diligenciado del promedio de las autoevaluaciones de los estandares del SUA de la ESE.	GERENCIA	Mayor o igual a 1.2	1.91	1,95	1,98	2,01	2.1
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atencion en salud	Certificacion de la oficina de calidad o control interno sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque de acreditacion	GERENCIA	Mayor o igual a 90%	90%	90%	90%	90%	90%
	3	Gestion de ejecucion del plan de desarrollo	Informe del responsable de planeacion de la ESE, de lo contrario, informe de control interno	GERENCIA	Mayor o igual a 90%	90,0%	90%	90%	90%	90%
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	4	Evolucion del gasto por unidad de valor relativo producida (Pendiente definir por el ministerio)	Ejecuciones presupuestal reportada al sistema SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que lo susutituya, ficha tecnica de la pagina web del SIHO del Ministerio de salud y de la Proteccion social	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	menor a 0,9	1.13	1.05	1	0.95	0.89
	5	Riesgo fiscal financiero	Calificacion del Ministerio de Salud	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	Sin Riego	sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo
	6	Proporción de medicamentos y material quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compra conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos	Informe del área de compras, firmado por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, firmado por el contador y el responsable de control interno de la ESE	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	Mayor o igual a 70%	74%	75%	77%	70%	80%
	7	Monto de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratacion de servicios, y variacion del monto frente a la vigencia anterior	Contadora o revisora fiscal si aplica	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

AREA	No.	INDICADOR	FUENTE DE LA INFORMACION	RESPONSABLE	META SEGÚN MNSALUD	LINEA BASE 2019	PERIODO 2020-2023			
							2020	2021	2022	2023
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	8	Utilizacion de informacion de registro individual de prestaciones - RIPS	Informe del responsable de planeaciones o quien haga sus veces, Actas de Junta Directiva	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Ejecucion presupuestal reportada al sistema de informacion SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	Mayor o igual a 1	0.91	0.93	0.96	0.98	1,00
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de informacion en cumplimiento de la circular unica expedida por la Superintendencia Nacionald e Salud o la norma que la sustituya	Superintendencia nacional de salud	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	Cumple	No cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
	11	Oportunidad en el reporte de informacion en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Ministerio de la proteccion social	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL (40%)	12	Proporcion de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestacion	Informe comité de historias clinicas	RESPONSABLE DE PROMOCION Y PREVENCION	Mayor o igual a 0,85	85,0%	85%	85%	85%	85%
	13	Incidencia de sifilis congenita en partos atendidos en la ESE	Concepto del COVE territorial en el cual certifique el nivel de cumplimiento de la ESE en cada caso de sifilis congenita	RESPONSABLE DE PROMOCION Y PREVENCION	0 Casos	0,00	0	0	0	0
	14	Evaluacion de aplicación de guia de manejo especifica: Guia de atencion de enfermedad hipertensiva	Informe comité de Hisotrias clinicas	RESPONSABLE DE PROMOCION Y PREVENCION	Mayor o igual a 0,9	88%	89%	90%	91%	92%
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL (40%)	15	Evaluacion de aplicación guia de manejo de crecimiento y desarrollo	Informe comité de Hisotrias clinicas	RESPONSABLE DE PROMOCION Y PREVENCION	Mayor o igual a 0,85	87%	87%	87%	88%	89%
	16	Reingreso del servicio de urgencias	Comité de calidad o quien haga sus veces	RESPONSABLE DE URGENCIAS	Menor o igual a 3%	1,10%	1%	1%	1%	1%
	17	Oportunidad promedio de atencion de consulta medica general	Reporte resolucion 1446 de 2006 o la norma que la sustituya	GERENTE	Menor o igual a 3	1,20	2	2	2	2

LUZ AYDA ZULETA VALENCIA
Gerente Hospital San José E.S.E.
Restrepo - Valle