



**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ
DE BELÉN DE UMBRÍA
PLAN DE GESTIÓN 2020-2024**

CÓDIGO: DI-DA-003
VERSIÓN TERCERA
FECHA: 07/03/2020
PÁGINA: 1 de 23

**PLAN DE GESTIÓN
Resolución 710 de 2012 - 743 de 2013 Y
Modificaciones según Resolución 408 de 2018**

**ESE HOSPITAL SAN JOSÉ - BELÉN DE UMBRÍA
RISARALDA**

**JHON FREDY MONTOYA VELÁSQUEZ
GERENTE**

2020



**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ
DE BELÉN DE UMBRÍA
PLAN DE GESTIÓN 2020-2024**

CÓDIGO: DI-DA-003
VERSIÓN TERCERA
FECHA: 07/03/2020
PÁGINA: 2 de 23

JUNTA DIRECTIVA

JESUS ANTONIO BERMUDEZ GALLEG
Alcalde municipal (Presidente Junta Directiva)

DIANA CAROLINA OSORNO ESCOBAR
Secretaria de Salud Municipal

MARÍA DERLIS CORREA RUIZ
Auxiliar de Enfermería
Representante Personal Asistencial

LUZ ENID RAMIREZ OSPINA
Representante Área Administrativa

ADELAYDA DURAN COBO
Representante de asociación de Usuarios



**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ
DE BELÉN DE UMBRÍA
PLAN DE GESTIÓN 2020-2024**

CÓDIGO: DI-DA-003

VERSIÓN TERCERA

FECHA: 07/03/2020

PÁGINA: 3 de 23

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	5
ALCANCE	6
OBJETIVOS	6
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
CONTENIDO DEL PLAN DE GESTIÓN	7
ELEMENTOS MÍNIMOS DE LA GESTIÓN DE LA ESE	7
ÁREAS DE GESTIÓN DEL PLAN	7
ARTICULACIÓN DE PLANES EN LA ESE	8
DEFINICIÓN DE INDICADORES	9
1. INDICADORES ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%)	9
1.1. PROMEDIO DE LA CALIFICACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA Y CUANTITATIVA EN DESARROLLO DEL CICLO DE PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN ART 2 DE LA R.2181/08	9
1.2. EFECTIVIDAD EN EL PAMEC	10
1.3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	10
2. DEFINICIÓN DE INDICADORES ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	12
2.1. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	12
2.2. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO UVR PRODUCIDA	12
2.3. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO REALIZADAS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE ESES Y/O MECANISMOS ELECTRÓNICOS	13
2.4. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENT A VIGENCIA ANTERIOR	14
1. USO DE LOS SERVICIOS PERSONALES, CON FUNDAMENTO EN LAS FRECUENCIAS DE USO VS PRODUCTIVIDAD	14
2. FORTALECER VENTA DE SERVICIOS	14
3. FORTALECIMIENTO DE INGRESOS	14
3.1. UTILIZACION DE INFORMACION DE RIPS	14
3.2. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	15
3.3. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN DE LA CIRCULAR ÚNICA A LA SUPERINTENDENCIA	16
3.4. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN DEL DECRETO 2193/04	16



**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ
DE BELÉN DE UMBRÍA
PLAN DE GESTIÓN 2020-2024**

CÓDIGO: DI-DA-003

VERSIÓN TERCERA

FECHA: 07/03/2020

PÁGINA: 4 de 23

4. DEFINICIÓN DE INDICADORES ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%)	18
4.1. PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN (FICHA 21)	18
4.2. INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	19
4.3. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA. GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	20
4.4. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	21
4.5. REINGRESOS SERVICIO DE URGENCIAS	22
4.6. OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL	23



**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ
DE BELÉN DE UMBRÍA
PLAN DE GESTIÓN 2020-2024**

CÓDIGO: DI-DA-003

VERSIÓN TERCERA

FECHA: 07/03/2020

PÁGINA: 5 de 23

INTRODUCCIÓN

El Plan de Gestión al que se refieren las resoluciones 710 de 2012 y la Resolución 743 de 2013, las cuales se constituyen en los documentos que reflejan los compromisos que el Director o Gerente de la Empresa Social del Estado, establece ante la Junta Directiva de la entidad, los cuales deben incluir como mínimo las metas y actividades en las áreas de Dirección y Gerencia (20%), Área Administrativa y Financiera (40%) y Área de Gestión Clínica o Asistencial (40%), que sin ir en contravía de la planeación general de la ESE, se constituye en un documento aparte, cuyo cumplimiento se debe medir a través de los indicadores definidos en los anexos técnicos de las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013. Si no existe un plan general de la ESE, el plan de gestión formulado debe constituirse en base para el desarrollo de la entidad.

La Resolución 710 del 20 de marzo de 2012 del Ministerio de Salud y Protección social tiene por objeto adoptar las condiciones y la metodología para la elaboración y presentación de los planes de gestión por parte de los gerentes de las ESEs y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

La Resolución 743 de 2013 modifica parcialmente la Resolución 710 de 2012.

El plan de gestión Gerencial contiene los resultados a alcanzar por el período comprendido entre el 01 de abril de 2020 y el 31 de marzo de 2024, determinando las actividades a ser realizadas y las metas que deberán ser evaluadas de manera anual.

JUSTIFICACIÓN

El Plan de Gestión, se constituye en el instrumento idóneo y exigible al Gerente, para su aprobación y evaluación por parte de la respectiva Junta Directiva, el cual deberá reflejar los aspectos estratégicos, tácticos y operativos inherentes a la planificación como función a cargo del gerente.

La presentación del Plan de Gestión 2020 – 2024 a los miembros de la Junta Directiva se constituye en el mecanismo legal que define el Ministerio de Salud y la Protección Social como responsabilidad de los gerentes de los entes territoriales, el cual conforme a lo establecido en la Resolución 710 de 2012.



**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ
DE BELÉN DE UMBRÍA
PLAN DE GESTIÓN 2020-2024**

CÓDIGO: DI-DA-003

VERSIÓN TERCERA

FECHA: 07/03/2020

PÁGINA: 6 de 23

ALCANCE

El Plan de Gestión presentado por el Gerente a la Junta Directiva debe contener los resultados a alcanzar durante el período para el que se ha nombrado, determinando las actividades a ser realizadas y las metas que deberán ser evaluadas de manera periódica.

El plan debe ser coherente con los planes estratégicos, operativos, de desarrollo, de acción, o cualquier otra forma de planeación que exista en la institución.

El Plan de Gestión contendrá en forma ordenada y coherente:

- Las metas de gestión y de resultados, teniendo en cuenta los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión, contenidos en el anexo 2 de la Resolución 408 de 2018.
- El diagnóstico inicial o línea base para cada indicador.
- El establecimiento de logros o compromisos de gestión.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer a través de los indicadores y de la información contenida en el diagnóstico inicial los logros a alcanzar por área de gestión, permitiendo evidenciar al final de la vigencia del periodo de la Gerencia 2020 – 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las actividades o acciones que se ejecutarán para alcanzar los logros planteados, elaborando una matriz que contenga las siguientes variables: Área de gestión, logros o compromisos planteados para el período de gerencia, actividades generales a desarrollar, responsable del indicador.
2. Presentar a la Junta Directiva el informe anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre, a más tardar el 1º de abril de cada año
3. Realizar el despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción u operativos de trabajo, con la asignación de responsabilidades.
4. Articular el Plan de Gestión Gerencial con los planes de desarrollo Nacional, Departamental y Municipal en lo referente en salud



**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ
DE BELÉN DE UMBRÍA
PLAN DE GESTIÓN 2020-2024**

CÓDIGO: DI-DA-003

VERSIÓN TERCERA

FECHA: 07/03/2020

PÁGINA: 7 de 23

CONTENIDO DEL PLAN DE GESTIÓN

1. Diagnóstico inicial o línea de base para cada indicador.
2. Las metas de gestión y de resultados: indicadores aplicables a cada entidad (resultado al final del periodo).
3. La meta es el estándar establecido para cada indicador.
4. Establecimiento de Logros o Compromisos de Gestión.
5. Lineamientos generales del plan a ejecutar (con las actividades más importantes).

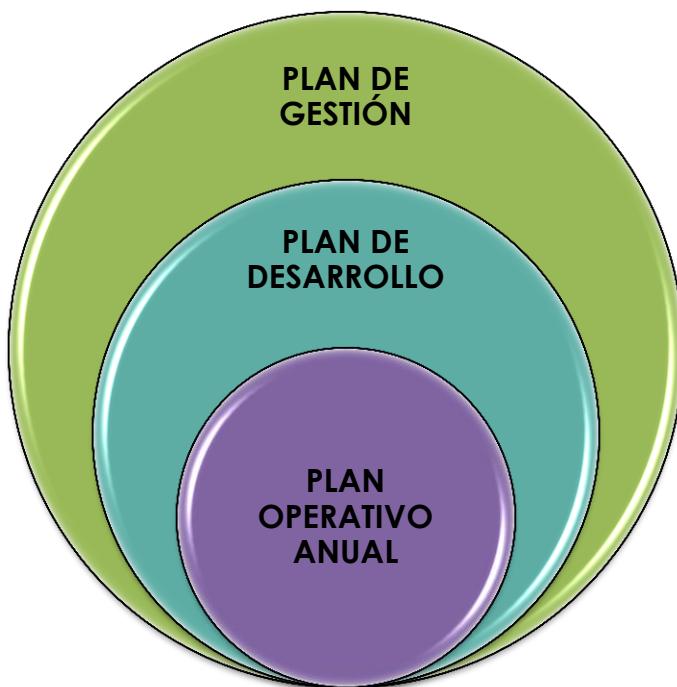
ELEMENTOS MÍNIMOS DE LA GESTIÓN DE LA ESE

1. Viabilidad financiera.
2. Calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.
3. Reporte de información a Supersalud y Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere.

ÁREAS DE GESTIÓN DEL PLAN

1. Área de Dirección y Gerencia (20%)
2. Área Administrativa y Financiera (40%)
3. Área de Gestión Clínica o Asistencial (40%)

ARTICULACIÓN DE PLANES EN LA ESE



Es importante establecer la coherencia y articulación que debe existir entre el Plan de Gestión, el Plan de Desarrollo y el Plan Operativo Anual.

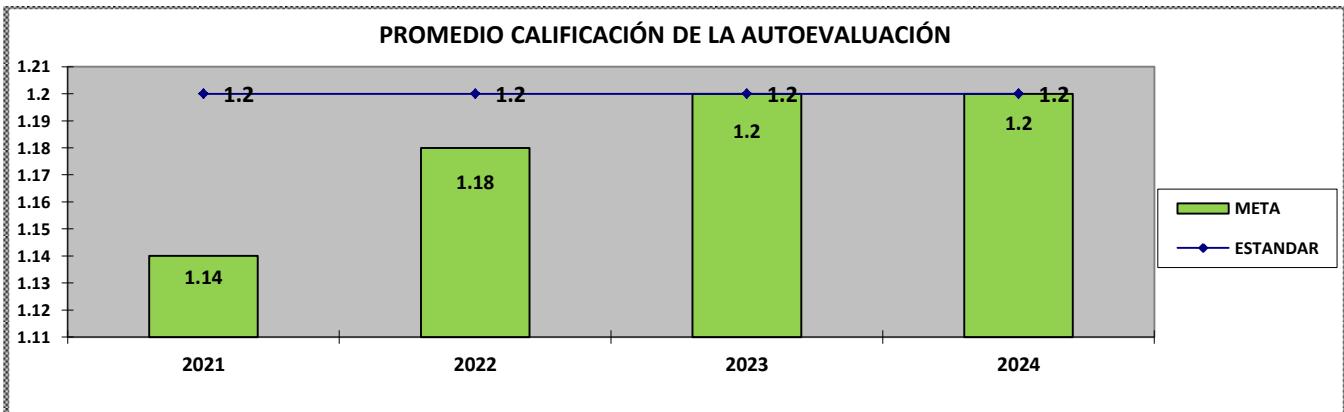
DEFINICIÓN DE INDICADORES

1. INDICADORES ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%)

1.1. PROMEDIO DE LA CALIFICACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA Y CUANTITATIVA EN DESARROLLO DEL CICLO DE PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN ART 2 DE LA R.2181/08

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el documento diligenciado del promedio de las autoevaluaciones de los estándares del sistema único de acreditación.

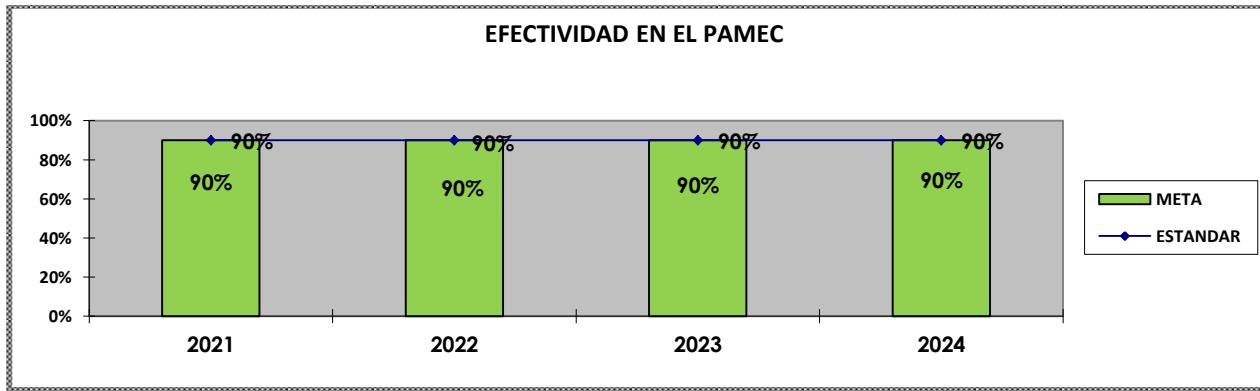
INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cuantitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación Art. 2 de la R.2181/08	1.13	Realizar una autoevaluación basado en estándares de acreditación anual, donde se logre evidenciar la mejora continua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer Política de Seguridad del Paciente 2. Implementar Trabajo de Salud Humanizado 3. Fortalecer Infraestructura 4. Capacitación de Recurso Humano 	Subdirección científica



1.2. EFFECTIVIDAD EN EL PAMEC

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el documento del cumplimiento promedio de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación.

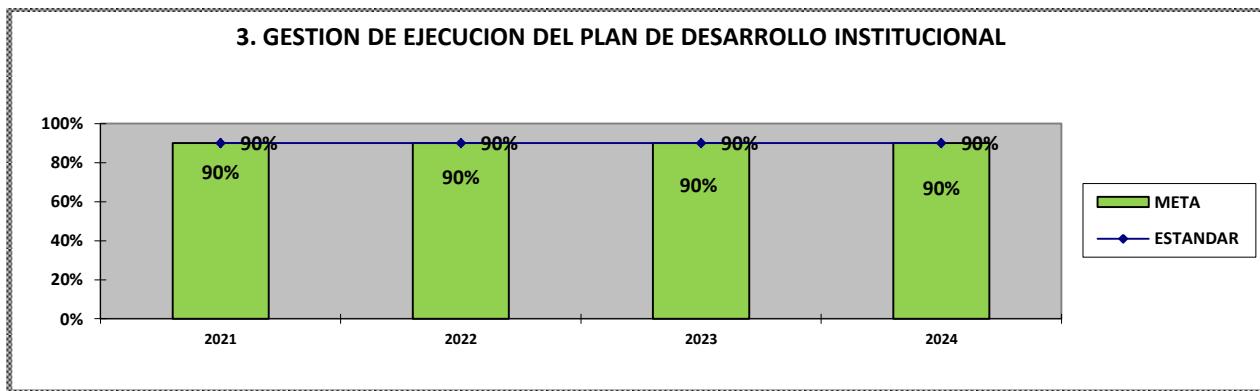
INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Efectividad en el PAMEC	100%	Ejecutar acciones derivadas de las auditorías realizadas	<ol style="list-style-type: none"> Realizar un ciclo de auditoría interna anual, Ejecutar planes de mejora, Seguimiento a planes de mejora Establecer Calidad Observada y Calidad Esperada 	Subdirección científica Control Interno



1.3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe del responsable de planeación de la ESE y el informe de control interno de la entidad, que debe contener el número de metas del plan operativo cumplidas frente al número de programadas.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	96%	planes operativos anuales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auto -diagnóstico, 2. Diseño de planes operativos anuales por procesos, 3. Socialización 4. Ejecución de las actividades. 5. Seguimiento trimestral 	Subdirección científica

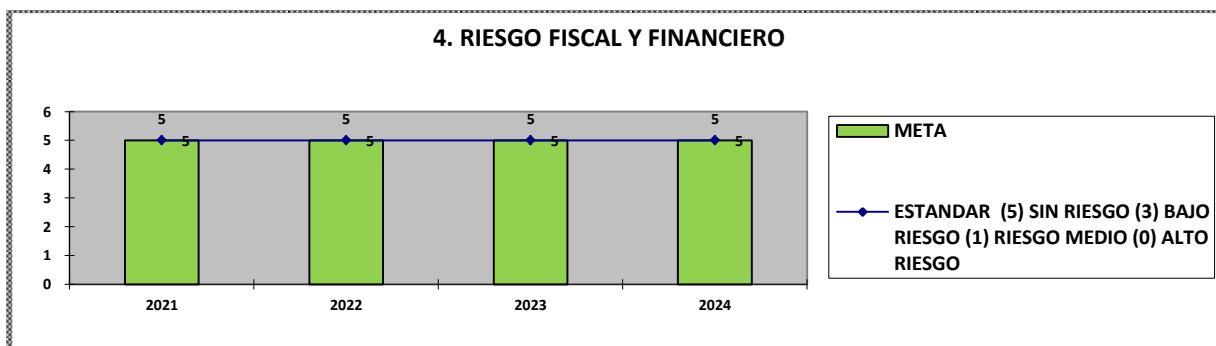


2. DEFINICIÓN DE INDICADORES ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)

2.1. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la certificación dada por el ministerio de la salud y protección social.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Riesgo Fiscal y Financiero	Resolución 1342 de 2019 Entidad Categorizada Sin Riesgo	Mantener la ese categorizada en sin riesgo	1. Racionalización del Gasto 2. Fortalecimiento de Ingresos 3. Mejoramiento de indicadores de salud de la población	Gerente Subdirector Administrativo Contador Líderes de Proceso y Recurso Humano de la ESE

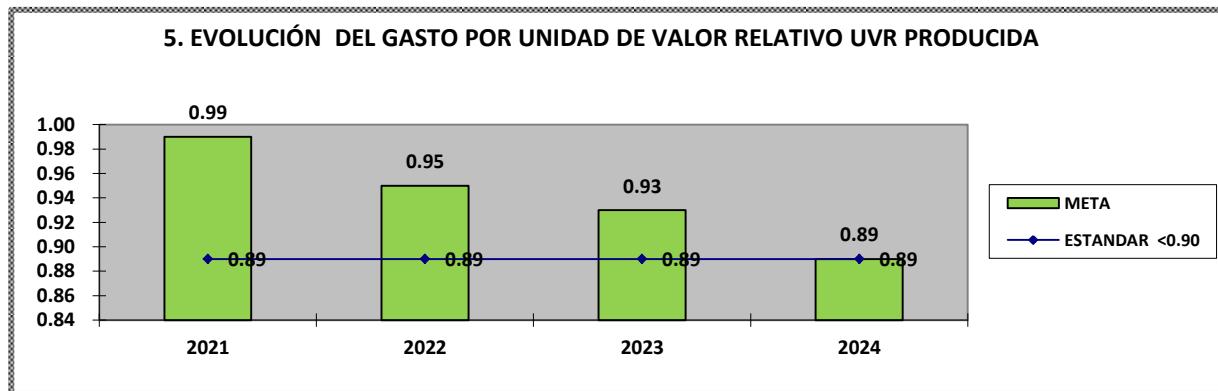


2.2. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO UVR PRODUCIDA

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Evolución del gasto por	1.08	Mantener el indicador	1. Disminuir los costos	Gerente

unidad de valor relativo UVR producida		menor a 1	de producción y racionalizar gastos. 2. Realizar seguimiento a la UVR 3. Ejecución de gastos basado en recaudo.	Subdirector Administrativo Contador
--	--	-----------	---	--

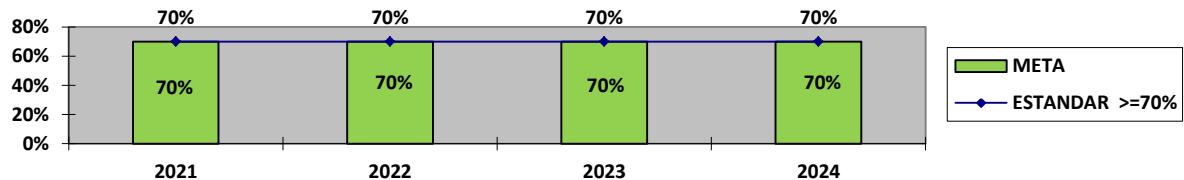


2.3. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO REALIZADAS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE ESEs Y/O MECANISMOS ELECTRÓNICOS

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe del responsable del área de compras firmado por contador y responsable de control interno.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Proporción de medicamentos y material médico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de eses y/o mecanismos electrónicos	95%	Realizar el 70% de las compras de medicamentos y material médico quirúrgico a través de cooperativas	Celebración de contrato con cooperativas que puedan brindar este servicio	Gerente Subdirector Administrativo

**6. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO REALIZADAS
MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE
ESEs Y/O MECANISMOS ELECTRÓNICOS**



2.4. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A VIGENCIA ANTERIOR

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la certificación del contador de la ESE.

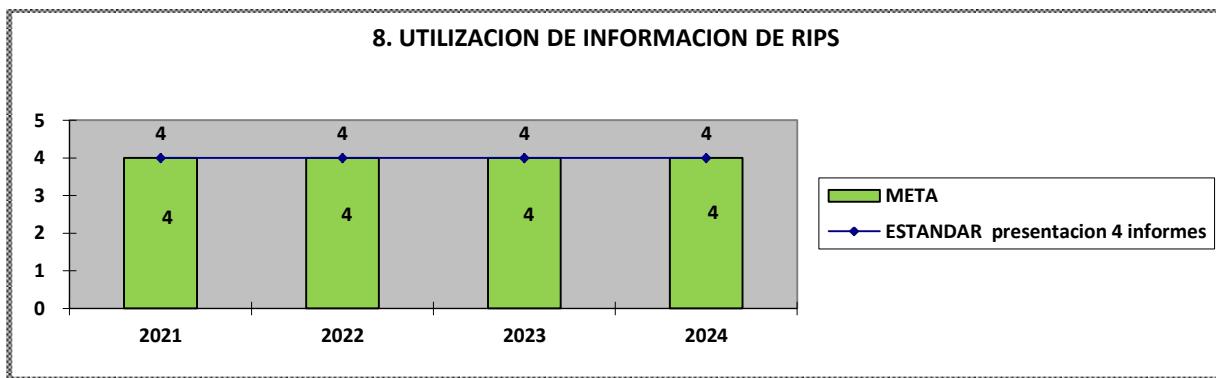
INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de ss y variación del monto frente a vigencia anterior	0	Cero (0) O variación negativa	1. Uso de los servicios personales, con fundamento en las frecuencias de uso vs productividad 2. Fortalecer venta de servicios 3. Fortalecimiento de Ingresos	Gerente Subdirector Administrativo Contador

	2021	2022	2023	2024
ESTÁNDAR	(0) o variación negativa			
META	Variación negativa	Variación negativa	Variación negativa	Variación negativa

3.1. UTILIZACION DE INFORMACION DE RIPS

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador son los informes del responsable de la planeación y actas de la junta directiva.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Utilización de información de RIPS	4	Realizar cuatro informes anuales a la junta directiva basado en la información contenida en los RIPS	Realizar análisis de la información contenida en los RIPS, generar informes y socializar con la junta directiva de la ESE	Gerente Subdirector Administrativo Subdirección científica Líderes de Procesos

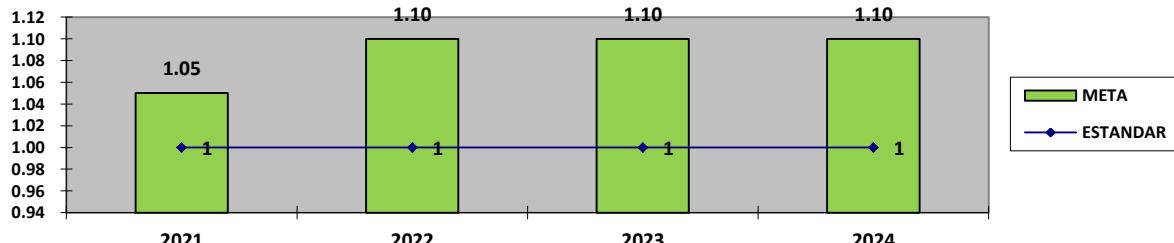


3.2. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	1.02	Mayor o igual a 1	1. Diagnóstico inicial de procesos de la ESE. 2. Prestación de servicios basado en presupuesto 3. Fortalecer ingresos	Gerente Subdirector Administrativo Contador

9. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO



3.3. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN DE LA CIRCULAR ÚNICA A LA SUPERINTENDENCIA

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la Superintendencia Nacional de Salud.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Oportunidad en la entrega del reporte de información de la Circular Única a la Superintendencia	Oportuno	Generar un informe veraz y oportuno	Ingresar y consolidar información que permita generar y analizar informe a la Superintendencia	Líder Proceso Sistemas de Información Subdirección científica Control Interno

	2021	2022	2023	2024
ESTÁNDAR	Entrega oportuna	Entrega oportuna	Entrega oportuna	Entrega oportuna
META	Entrega oportuna	Entrega oportuna	Entrega oportuna	Entrega oportuna

3.4. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN DEL DECRETO 2193/04

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el Ministerio de Salud y Protección Social.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Oportunidad en el	Oportuno	Generar un informe	Generar, consolidar y	Gerente



**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ
DE BELÉN DE UMBRÍA
PLAN DE GESTIÓN 2020-2024**

CÓDIGO: DI-DA-003

VERSIÓN TERCERA

FECHA: 07/03/2020

PÁGINA: 17 de 23

reporte de información del decreto 2193/04		veraz y oportuno	analizar datos que permitan generar y reportar el análisis del 2193 oportunamente.	Subdirector Administrativo Subdirección científica Control Interno
--	--	------------------	--	--

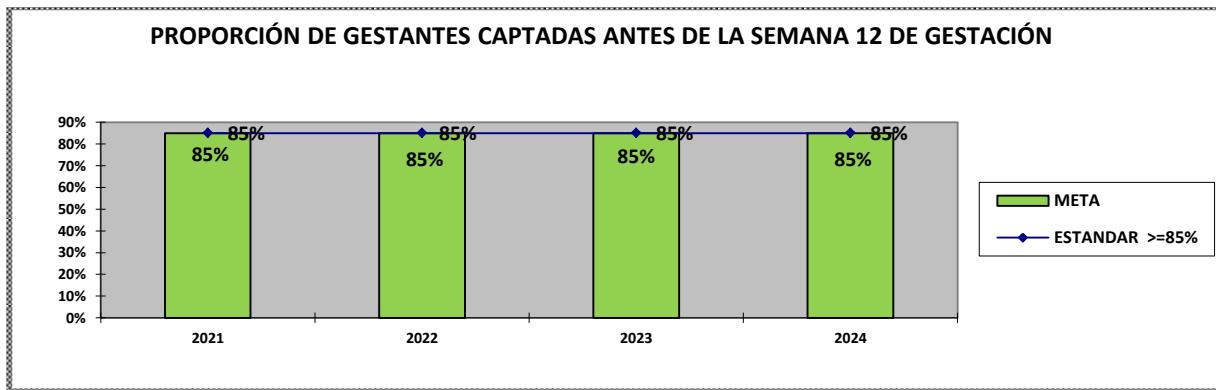
	2021	2022	2023	2024
ESTÁNDAR	Entrega oportuna	Entrega oportuna	Entrega oportuna	Entrega oportuna
META	Entrega oportuna	Entrega oportuna	Entrega oportuna	Entrega oportuna

4. DEFINICIÓN DE INDICADORES ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%)

4.1. PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN (FICHA 21)

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe de comité de historias clínicas y del Coordinador de PyP de la ESE.

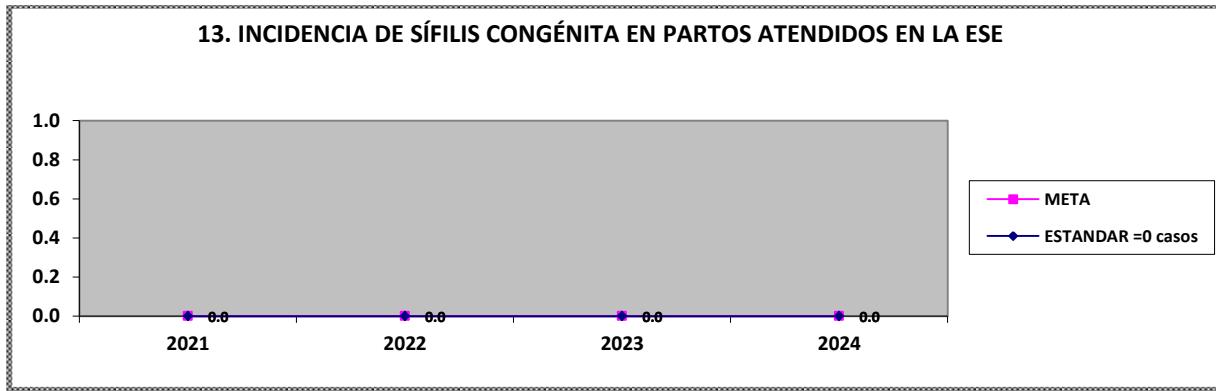
INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	83%	Mantener las gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación en una proporción igual o mayor al 0.85	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener las actividades de demanda inducida. 2. Reporte inmediato de laboratorio clínico a Coordinación de PYP de pruebas positivas. 3. Curso psicoprofiláctico. 4. Educación a los diferentes grupos de la comunidad. 5. Análisis de informes del programa para toma de acciones. 	Coordinador PYP



4.2. INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el concepto del COVE territorial y todo a aquello que permita verificar cumplimiento por parte de la ESE.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0	Mantener en cero casos la sífilis congénita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Captación en el primer trimestre de gestación. 2. Mantener y fortalecer la estrategia educativa en las gestantes. 3. Detectar y realizar seguimiento oportuno a los casos de sífilis congénita 	Coordinador PYP

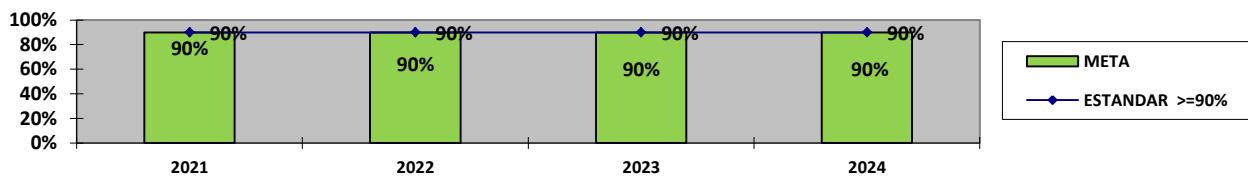


4.3. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA. GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe de Comité de Historias Clínicas y del programa de la ESE.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica. Guía de atención de enfermedad hipertensiva	94%	Mantener y fortalecer la aplicación de la guía de atención hipertensiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer revisión y resocialización de la guía. 2. Realizar seguimiento a la aplicación de la misma. 3. Realizar auditoria de historia clínica y análisis de los resultados. 	Coordinador PYP Subdirección científica Comité de Historias Clínicas

**14. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA.
GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA**

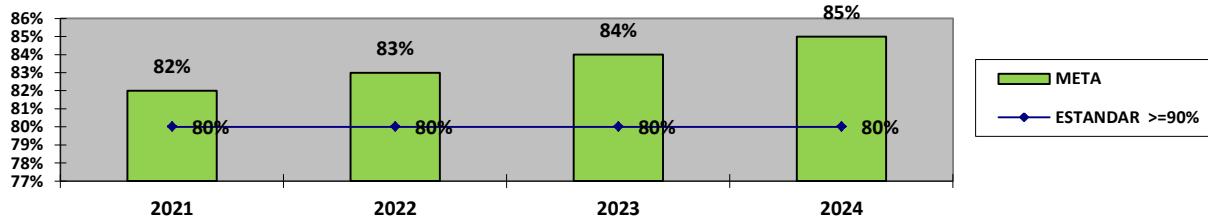


4.4. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe de Comité de Historias Clínicas y del programa de la ESE.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	93%	Mantener y fortalecer la aplicación de la guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer revisión y resocialización de la guía. 2. realizar seguimiento a la aplicación de la misma. 3. realizar auditoria de historia clínica análisis de los resultados. 	Coordinador PYP Subdirección científica Comité de Historias Clínicas

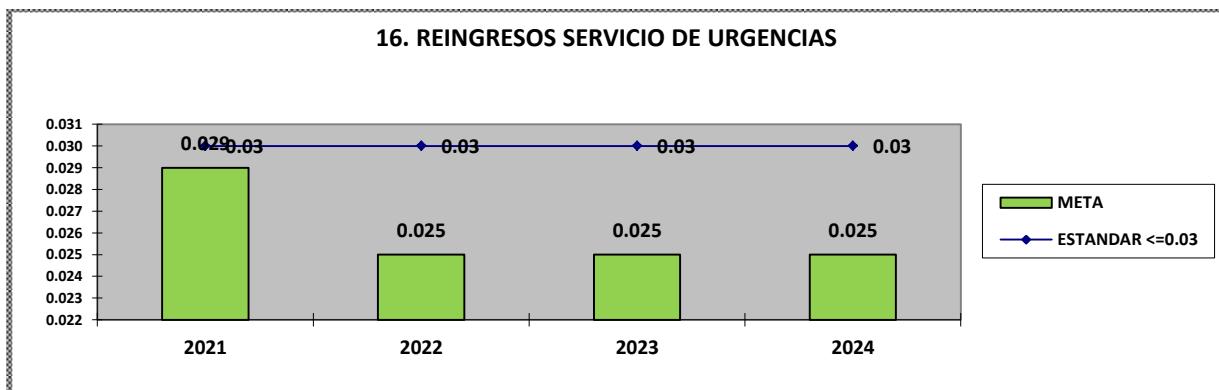
15. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO



4.5. REINGRESOS SERVICIO DE URGENCIAS

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el Comité de Calidad y el sistema de información de la ESE.

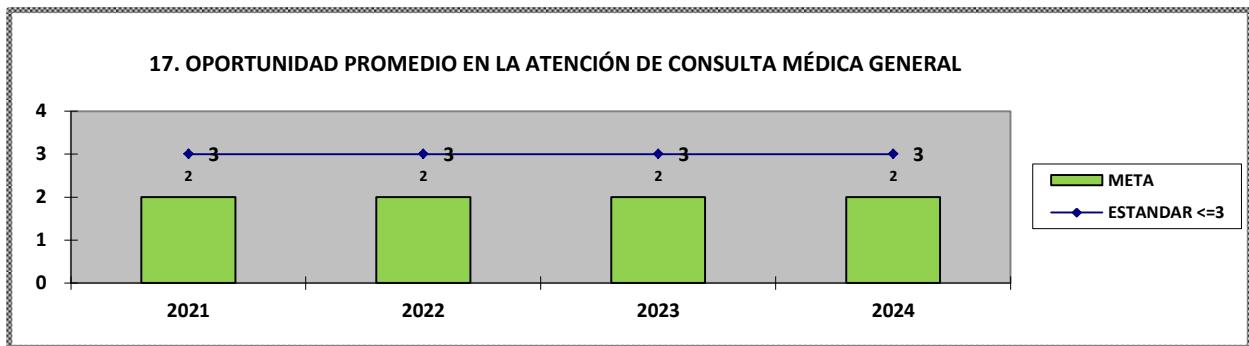
INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Reingresos servicio de urgencias	0.029	Mantener el indicador de reingresos por urgencia debajo de 0.03	<ol style="list-style-type: none"> Realizar auditoria de pertinencia (adherencia a guías) Empoderar al Líder de Proceso de Urgencias frente al manejo y seguimiento de indicadores. Realizar cronograma de capacitación continua a personal médico. Realizar análisis oportuno de la información del proceso de urgencias. 	Subdirección científica Líder Proceso de Urgencias



4.6. OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el reporte de la Resolución 1446.

INDICADOR	LINEA BASE (31 DIC 2019)	COMPROMISO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	2.3	Mantener la oportunidad en consulta médica, mejorando el procedimiento de asignación de turnos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reestructurar procedimiento de asignación de turnos (tener en cuenta frecuencia de uso ,población objeto por EPS) 2. Establecer mecanismos de permitan asignación vía telefónica y virtual. 3. Fortalecer asignación de turnos a través de los líderes de las diferentes veredas 4. Mantener la oferta médica necesaria 	<p>Gerente subdirección científica Líder Proceso Consulta Externa</p>



JHON FREDY MONTOYA VELÁSQUEZ
Gerente ESE Hospital San José
Belén de Umbría – Risaralda