 Salud Sogamoso E.S.E <small>Somos vida, protegemos tu salud</small>	INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018	Código: GAF-F-071
		Versión: 01
		Fecha: 21/11/2016
		Página 1 de 28


INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018.



Salud Sogamoso E.S.E
 Somos vida, protegemos tu salud

**SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 SOGAMOSO, BOYACÁ
 MARZO DE 2018**


ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

	INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018	Código: GAF-F-071
		Versión: 01
		Fecha: 21/11/2016
		Página 2 de 28

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN.....	4
ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA.....	4
ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	10
ÁREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	21
ANEXOS	27

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

	INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018	Código: GAF-F-071
		Versión: 01
		Fecha: 21/11/2016
		Página 3 de 28

INTRODUCCIÓN

Salud Sogamoso E.S.E. es una institución prestadora de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, Ambulatorios, del Orden Municipal, con autonomía administrativa y Financiera con patrimonio propio, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, sus decretos reglamentarios y adscrita a la Secretaría Municipal de Salud del Municipio de Sogamoso; fue creada mediante Acuerdo N° 082 del 30 de Diciembre de 1996 emitido por el Concejo Municipal de Sogamoso, e inicio su pleno funcionamiento el 1 de septiembre de 1997.

A través del Acuerdo de Junta Directiva No. 004 de 2017, se adopta el Plan de Desarrollo y Plan de Gestión de la vigencia 2016-2020 para Salud Sogamoso ESE, el cual contiene las metas de gestión por cada año del cuatrienio de acuerdo a la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social. De igual manera por medio del Acuerdo No. 003 de 2018, se aprueba y adopta el ajuste al citado plan de acuerdo a lo contemplado en la Resolución No. 408 de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Teniendo en cuenta lo anterior la gestión institucional en el año 2017 se centró en el modelo de operación por procesos, a través del enfoque sistémico de la atención en salud priorizada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo, asumiendo como una expresión necesaria garantizar y mejorar la prestación de servicios de salud a la población.

El presente documento tiene como fin dar a conocer a la honorable Junta Directiva, los resultados de los indicadores y estándares por áreas de gestión para la vigencia 2017 de Salud Sogamoso ESE, contenidos en el anexo No. 2 de la Resolución 408 de 2018 "por medio de la cual se modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones". De igual manera este documento detalla en primera parte el análisis de los indicadores por cada una de las áreas de gestión contenidas en la resolución 408 de 2018, seguidamente se anexan los soportes que corroboran y soportan la información de cada indicador plasmado.

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

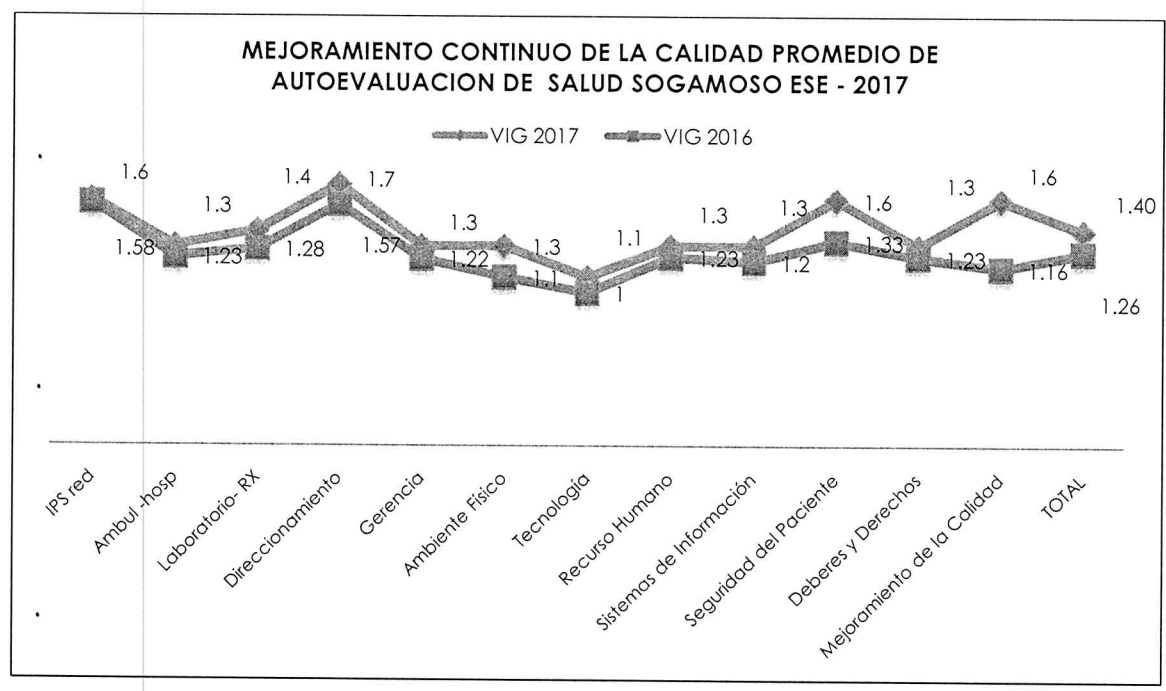
INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN

ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA

Indicador No. 1 :	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior			
Formula:	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia actual/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.			
Estándar para cada año	Autoevaluación: >= 1,20			
Calculo:	Año 2016	Año 2017	Resultado	Fuente: Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior
	1.26	1.40	1.11	

1,8 2015

Gráfica No. 01



ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

El proceso de mejora de la ESE para el año 2017, se caracterizó por priorizar procesos asistenciales enfocados principalmente en el acceso e ingreso, la planeación de la atención y el sistema de referencia. En los procesos de apoyo en las necesidades del talento humano y el clima organizacional, el direccionamiento en los planes de mejora, la gerencia por procesos, definición de los procesos de gestión del ambiente físico, gestión de la tecnología, mejora de la calidad y gestión de la información.

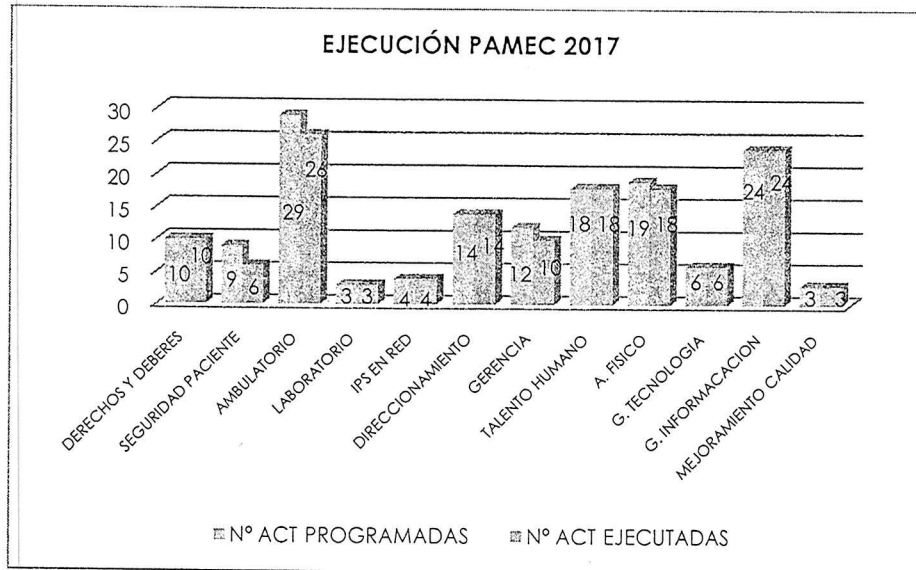
Dentro de la mejora continua, el desarrollo del proceso de acreditación de la ESE se encuentra desarrollando la gerencia por procesos, estableciendo un orden en la planeación con la documentación de los procesos priorizados.

Los requerimientos desde la alta gerencia de obtener el control de los procesos, ha permitido establecer algunos indicadores, los cuales a través de gráficos de tendencia han facilitado la forma de ver y monitorizar los procesos. Al realizar la calificación se observa que en 2016 se cerró con 1.26 y 2017 con 1.40 logrando un resultado del 1.11, comportamiento que se debe a que al realizar la autoevaluación con los diferentes grupos se observa que la entidad todavía se encuentra en proceso de planeación en el ciclo PHVA, lo que quiere decir que estamos en la fase de documentación, socialización para iniciar el proceso de implementación de los procedimientos de la institución.

Indicador 2 :	Efectividad en la auditoria 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/ Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	
Estándar meta	>= 0,90	
Resultado	Año 2017	Fuente: Superintendencia Nacional de Salud.
	0.94	

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

Gráfica No. 02



Salud Sogamoso ESE, formula el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC, para la vigencia del periodo comprendido entre Enero a Diciembre de 2017, se plantearon 151 acciones de mejoramiento programadas teniendo en cuenta la totalidad de los 8 grupos de estándares de acreditación.

Para el último bimestre y cierre de la vigencia 2017 se observa un cumplimiento del 94% de las acciones de mejora priorizadas para la ejecución del PAMEC 2017.

De igual manera por grupo se estándar se logra en Cliente Asistencial una ejecución del 89%, Direccionamiento el 100%, Gerencia el 83%, talento humano el 100%, ambiente físico el 95%, tecnología el 100%, gestión de sistema de información el 100%, y calidad y sedes en red el 100%, tal como lo evidencia la siguiente tabla:

ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL		DIRECCIONAMIENTO		GERENCIA		TALENTO HUMANO		AMB. FISICO		TECNOLOGIA		G. INFORMACION		CALIDAD/SEDES EN RED	
	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE



INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018

Código: GAF-F-071
 Versión: 01
 Fecha: 21/11/2016
 Página 7 de 28

COMPLETO	49	89%	14	100%	10	83%	18	100%	18	95%	6	100%	24	100%	3	100%
EN DESARROLLO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
ATRASADO	6	11%	0	0%	2	17%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%
NO INICIADO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
PORCENTAJE DE EJECUCION	89%		100%		83%		100%		95%		100%		100%		100%	

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencian 9 acciones que no se cumplieron en la vigencia, por cuanto el tiempo programado no fue suficiente para el cumplimiento de estos estándares, considerando que se estaban ejecutando acciones sin tener soporte documental.

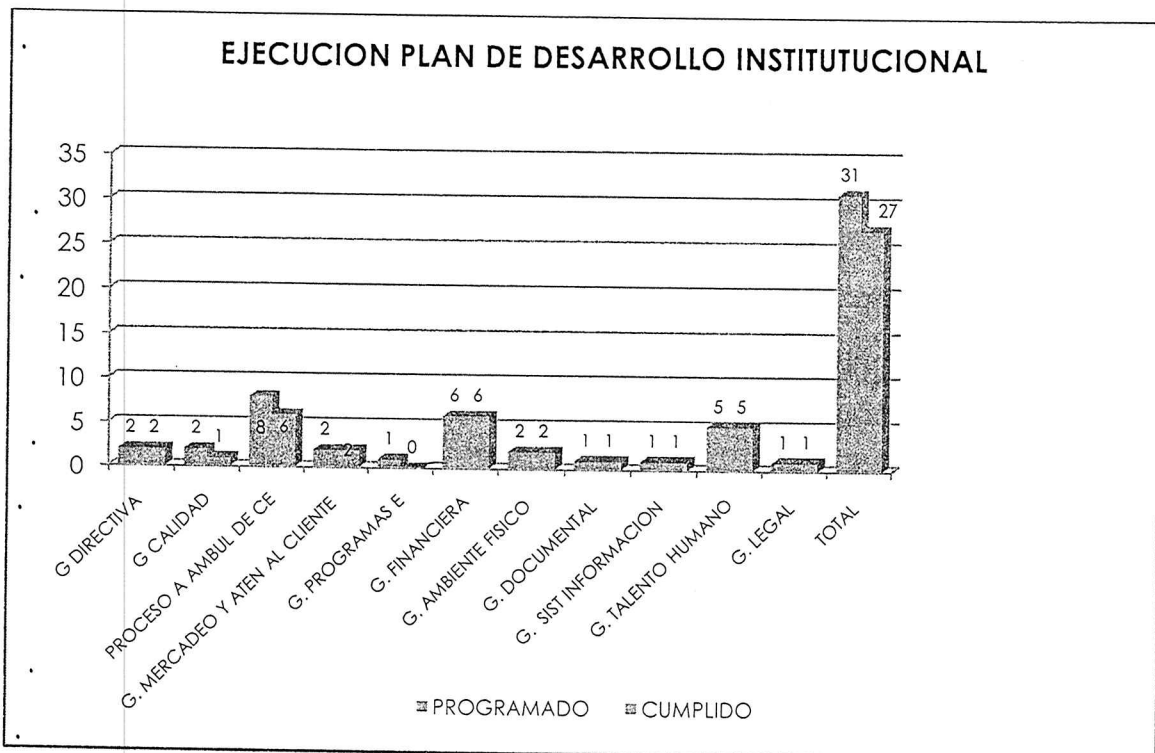
Para la vigencia 2018, se proponen como acciones de mejora la priorización de actividades pendientes de culminar para cerrar ciclos, el seguimiento personalizado con cada líder de proceso para evaluar el alcance, identificar barreras en cumplimiento de acciones de mejora, con posterior plan de mejoramiento que permita corregir desviaciones encontradas, así como realizar acompañamiento y asesoría a cada uno de los procesos en relación a la ejecución de las acciones de mejora programadas. Además de implementar estrategias tendientes al fomento de autocontrol y planeación del tiempo para las acciones programadas en cada uno de los procesos.

Indicador No. 03	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	
Formula:	Numero de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / numero de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.	
Estándar para cada año	>= 0.90	
Resultado:	Año 2017	Fuente
	0.87	Informe del responsable de planeación de la E.S.E. de lo contrario informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener el listado de metas del plan operativo anual del plan de

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COÓRDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO) y el cálculo del indicador

Gráfica No. 03



Teniendo en cuenta el plan de desarrollo y plan de gestión formulado para la vigencia 2016-2020 y objetivos trazados en el mismo, se consolidó el avance de cumplimiento de los planes operativos anuales correspondientes a la vigencia 2017, y se obtiene el siguiente resultado de las metas por cada uno de los procesos que hacen parte de la institución:

PROCESO	METAS PROGRAMADAS	METAS CUMPLIDAS
GESTIÓN DIRECTIVA	2	2
GESTIÓN DE CALIDAD	2	1
GESTION LEGAL	1	1

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

GESTIÓN DE MERCADEO Y ATENCIÓN AL CLIENTE	2	2
ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONSULTA EXTERNA	8	6
GESTIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES	1	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	5	5
GESTIÓN FINANCIERA	6	6
GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO	2	2
GESTIÓN DOCUMENTAL	1	1
GESTIÓN DE RECURSOS INFORMÁTICOS	1	1
TOTAL	31	27
RESULTADO	0.87	

Como lo resume la tabla anterior, para la vigencia 2017, se programaron un total de 31 metas, cumpliendo 27 de ellas, resultado que equivale a un 87.1% en el cumplimiento de los planes operativos en el año objeto de evaluación. Los procesos que alcanzaron un cumplimiento del 100% fueron Gestión Directiva, Gestión Legal, Gestión de Mercadeo y Atención al Cliente, Gestión del Talento Humano, Gestión Financiera, Gestión Ambiente Físico, Gestión Documental, Gestión de Recursos Informáticos, mientras que el Proceso de Gestión Calidad obtuvo un resultado del 50%, considerando que se cumplió tan solo una meta de 2 programadas, respecto al proceso de Atención Ambulatoria de Consulta Externa, se alcanzó porcentaje del 75%, debió a que se cumplieron 6 metas de 8 programadas y finalmente en el Proceso Gestión de Programas Especiales no se logró cumplir la meta establecida. Dentro de los procesos que no alcanzaron el estándar meta tales como el proceso gestión de la calidad respecto al indicador "Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior" se debe principalmente a que la entidad aun se encontraba en la fase de documentación, socialización para iniciar el proceso de implementación de los procedimientos de la institución; mientras que para el proceso de Atención Ambulatoria de Consulta Externa y referente a los indicadores de "Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general" y "oportunidad en la asignación de citas de consulta de odontología general" se debe a causas relacionadas con el número considerable de usuarios inasistentes y reconsultantes que afectan e influyen en

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

el indicador . Finalmente el proceso de gestión de programas especiales respecto al indicador del "cumplimiento de actividades de la autoapreciación IAMII", se obtiene un resultado del 98%, cifra que no alcanza la meta proyectada, toda vez que en la autoapreciación se identificaron de brechas en el cumplimiento de acciones de los pasos 3, 5 y 9, respecto a la evaluación de adherencia a la estrategia IAMII de los colaboradores, a cuidadores y gestantes.

Por último y de acuerdo al resultado de la ejecución del plan de desarrollo para la vigencia 2017, se propone para el año 2018, priorizar aquellas actividades que no se cumplieron para cerrar ciclos; así mismo fortalecer los procesos de direccionamiento estratégico, para que a través de la oficina de planeación se oriente y monitoree de manera sistemática cada meta programada con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad a fin de identificar barreras en cumplimiento de acciones de mejora, con posterior Plan de Mejoramiento que permita corregir desviaciones encontradas. De igual manera se anexa informe de la ejecución del plan de desarrollo institucional.

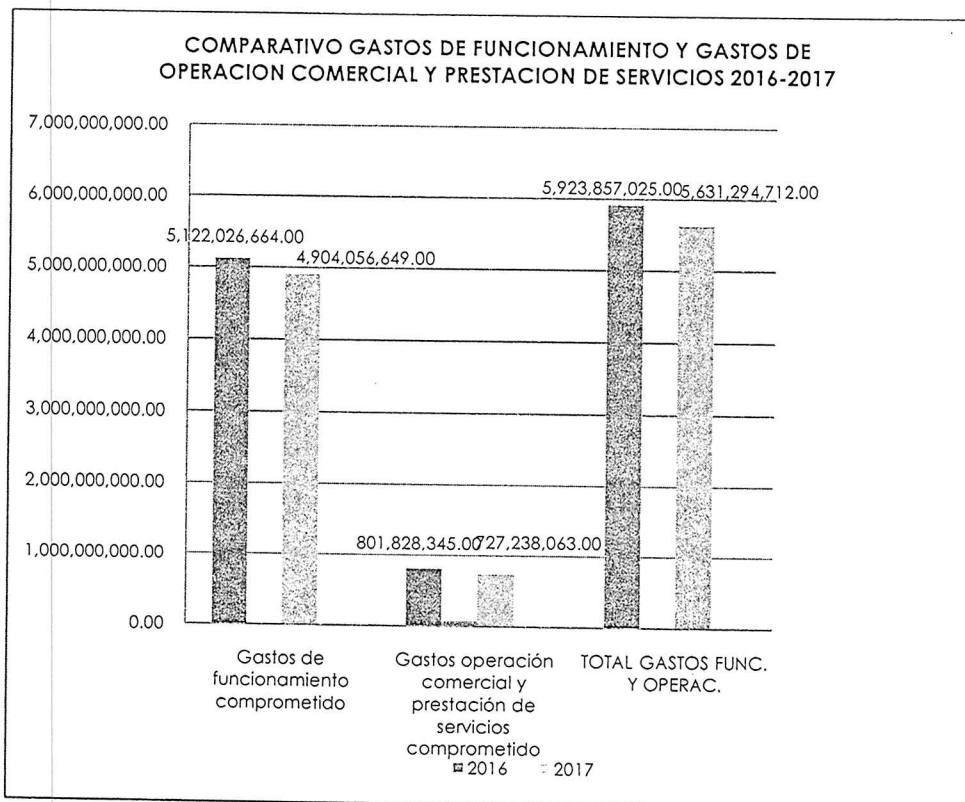
ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Indicador No. 5	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida.			
Formula	((Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación)/ (gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de la evaluación/ Numero de UVR producidas en la vigencia anterior))			
Estándar meta	< 0, 90			
Resultado	Año 2016	Año 2017	Resultado	Fuente: Ficha técnica de la pagina web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
	17,722.95	15,687.13	0.89	

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

DESCRIPCIÓN	2016	2017
Gastos de funcionamiento comprometido	5,122,026,664.00	4,904,056,649.00
Gastos operación comercial y prestación de servicios comprometido	801,828,345.00	727,238,063.00
TOTAL GASTOS FUNC. Y OPERAC.	5,923,857,025.00	5,631,294,712.00
UVR	334,247.74	358,975.37
TOTAL GASTOS FUNC. Y OPERAC./ UVR	17,722.95	15,687.13
Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida vigencia 2017	15,687.13/ 17,722.95 = 0. 89	

Gráfica No. 04



ELABORADO POR:
ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN

REVISADO POR:
JOHN DOUGLAS CONTRERAS

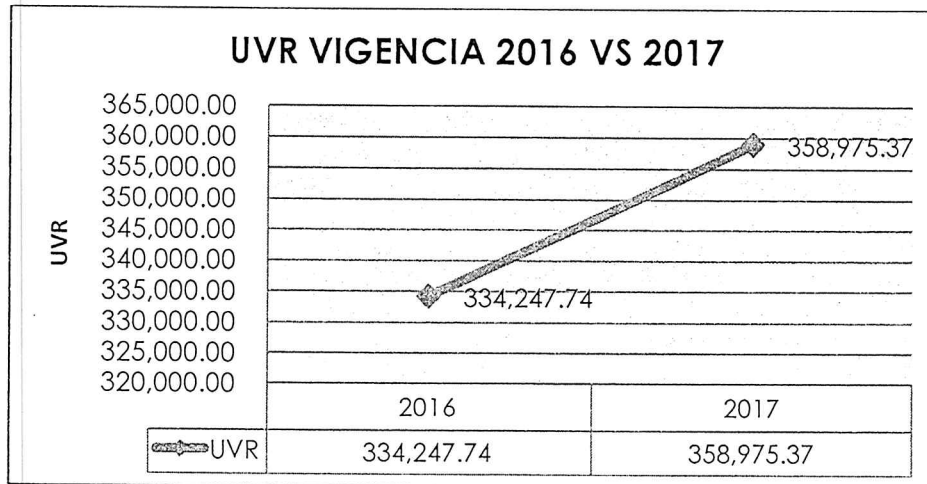
APROBADO POR:
Dra. DIANA CATALINA DELGADO
JIMENEZ

COORDINADORA DE PLANEACION

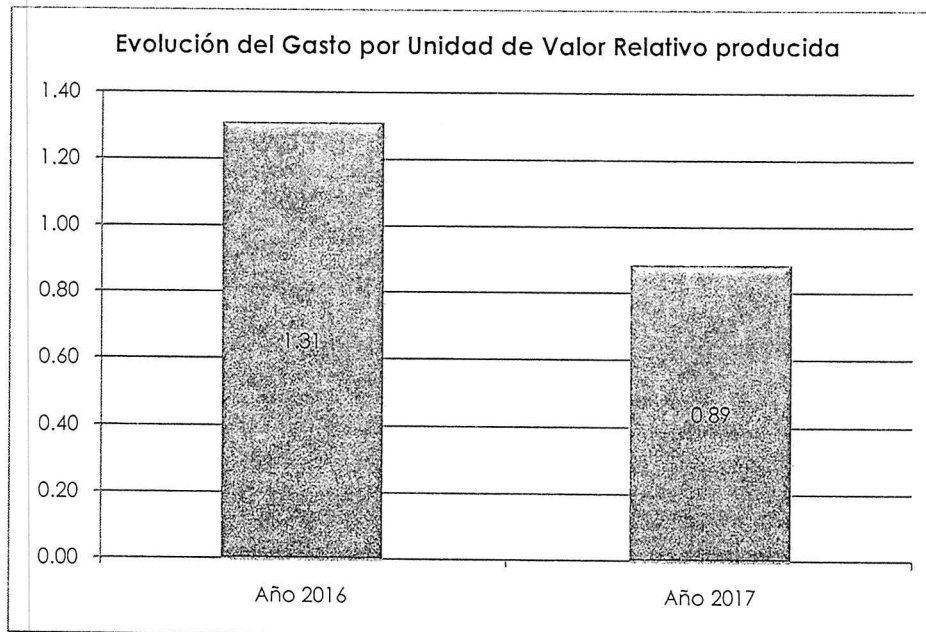
ASESOR ACREDITACION

GERENTE

Gráfica No. 05

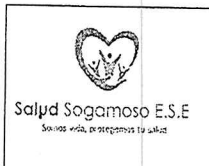


Gráfica No. 06



Los Gastos de funcionamiento están conformados por: 1) los Gastos de personal tanto administrativo como asistencial, contribuciones inherentes a la nomina y servicios personales indirectos, y 2) los gastos generales. Estos fueron \$5.122.026.664 para el año 2016 de \$4.904.056.649 para el año 2017, presentando

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE



INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018

Código: GAF-F-071

Versión: 01

Fecha: 21/11/2016

Página 13 de 28

una disminución respecto al año inmediatamente anterior del 4,4% que equivale a \$217 millones.

Los Gastos de Operación Comercial y Prestación de Servicios comprenden 1) medicamentos y 2) la compra de bienes y servicios para prestación de servicios diferentes a medicamentos. En el 2016 se comprometieron \$ 801,828,345.00 y en el 2017 \$ 727,238,063.00, con una diferencia de \$74 millones, que refleja un disminución respecto al año anterior del 9.9%, siendo lo más representativo el ahorro en la compra de medicamentos que de \$ 436,632,344 millones del 2016 desciende a \$365,707,819 millones para el año 2017.

El Total de los gastos de funcionamiento y operación fueron de \$5, 923, 857,025 para el 2016 y descendieron a \$5.631.294. 712 para el 2017, con una diferencia de \$292,5 millones, que equivale a una disminución del 5.2%, reflejándose una política de austeridad en el gasto.

En cuanto a la producción aumento de manera importante para el año 2017 respecto al año anterior, pasando de 334,247.74 UVR producidas para el 2016 a 358,975.37 en el 2017, reflejando un seguimiento a la producción teniendo en cuanto el gasto comprometido, encontrando balance entre esta dos variables.


La UVR mide en términos de pesos la producción vs el gasto; básicamente determina la eficiencia producida a menos costo; Las unidades de producción son las actividades asistenciales determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y que conforme al nivel de complejidad de la institución se les asigna un peso porcentual específico, las cuales sumadas establecen la producción equivalente (UVR). Para el 2017, la evolución del gasto por unidad de valor relativo (UVR) producida fue del 0.89, encontrándose en los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, indicando esto que hubo equilibrio en la producción, por cada peso producido se gastaron 0.89. El aumento en UVR producidas en la vigencia 2017 con respecto a 2016, obedecen a la contratación de los usuarios de Comfaboy IPS por la liquidación del mismo, así mismo se logra un incremento significativo en talleres colectivos en virtud de los convenios suscritos para ejecutar estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y el Plan de Intervenciones Colectiva (PIC). Así como también mayor cobertura en dosis de bilógicos, entre otros.

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

Indicador No. 6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: a). Compras conjuntas b). Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c). Compras a través de mecanismos electrónicos	
Formula	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno ó más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico quirúrgico, en la vigencia evaluada.	
Estándar meta	≥0,7	
Resultado:	Año	Fuente :
	\$377.910.498, 86	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b) y c). 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra 3. Valor total de las adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada 4. Aplicación de la fórmula del indicador
	----- \$443,395,538.86	
	= 0.85	

Las adquisiciones totales de medicamentos y material médico quirúrgico de Salud Sogamoso ESE, en la vigencia 2017 fueron de \$ 443.395.538.86 millones de pesos m/cte. y el valor adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico a través de compras a través de mecanismos electrónicos fue de \$377.910.498, 86 millones de pesos m/cte. , dicho cifra tomada del valor de lo ejecutado del presupuesto de gastos 2017 para los rubros Medicamentos y

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACIÓN	ASESOR ACREDITACION	GERENTE


 Salud Sogamoso E.S.E. <small>Salud más, protegiendo tu salud</small>	INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018	Código: GAF-F-071
		Versión: 01
		Fecha: 21/11/2016
		Página 15 de 28

Material Médico Quirúrgico, respecto a este tipo de adquisición. De igual manera se adjunta certificación por parte de revisoría fiscal de la ESE, que soporta los resultados de este indicador.

Indicador No. 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 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)		
Estándar meta	Cero (0) ó variación negativa		
Resultado	Año 2016	Año 2017	Resultado Fuente: Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor Fiscal por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador
	0	0	0

Para Salud Sogamoso, el capital humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación; Considerando lo anterior para la vigencia 2017, se priorizaron y establecieron estrategias relacionadas con el seguimiento de los pagos del personal de planta

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

	INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018	Código: GAF-F-071
		Versión: 01
		Fecha: 21/11/2016
		Página 16 de 28

y por concepto de contratación de servicios, a través de la elaboración e implementación de la ruta de trazabilidad de ejecución de cuentas y circularización de la radicación de cuentas, con el fin de optimizar y estandarizar este procedimiento teniendo en cuenta las políticas financieras de la institución.

De igual manera se tiene como política institucional efectuar los pagos por concepto de salarios y prestaciones de servicios tan pronto sean constatados por la supervisión del contrato, validando el cumplimiento de las obligaciones contractuales de ley, para la vigencia 2017 se evidenció como resultado del cumplimiento de estas políticas, con una variación negativa de las deudas por salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, teniendo un cumplimiento óptimo en los resultados de este indicador, donde el valor de la deuda superior a 30 días por conceptos de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de Diciembre fue de cero (0).

Indicador No. 8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones- RIPS	
Formula:	Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la E.S.E. 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 como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	
Estándar meta	4	
Resultado	Año 2017	Fuente: Informe del Responsable de Planeación de la E.S.E. o quien haga sus veces., soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.
	5	
Cumplimiento de la meta	Si	

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

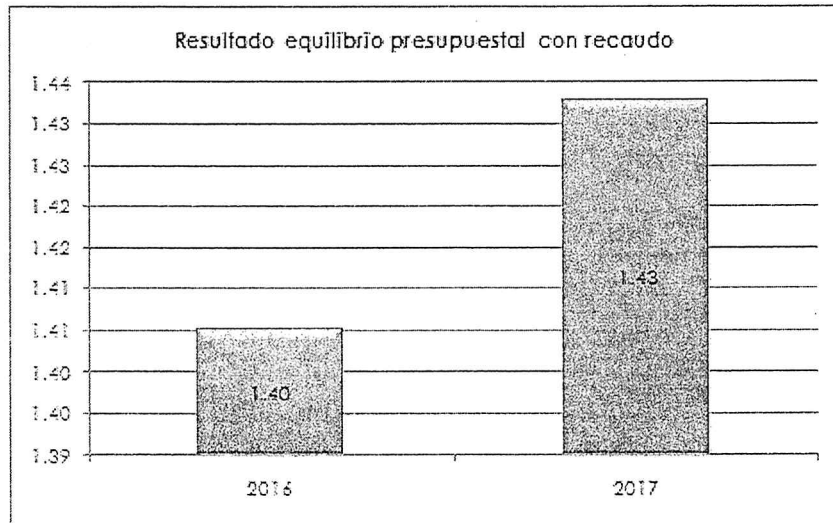
Para el año 2017, se presentaron 5 informes del análisis de la prestación de servicios Salud Sogamoso ESE a la Junta Directiva con base en RIPS. Los informes presentados corresponden a los periodos: primer trimestre, segundo trimestre, tercer trimestre, periodo Enero a Noviembre de 2017 y Consolidado del año 2017. Se anexa informe del área de planeación que detalla la información descrita.

Indicador No. 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 CxP de vigencias anteriores)		
Estándar meta	≥1		
Resultado	Año 2017	Resultado	Fuente: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
	$\frac{\$8.797.285.766.00}{\$6.140.245.655.00}$		

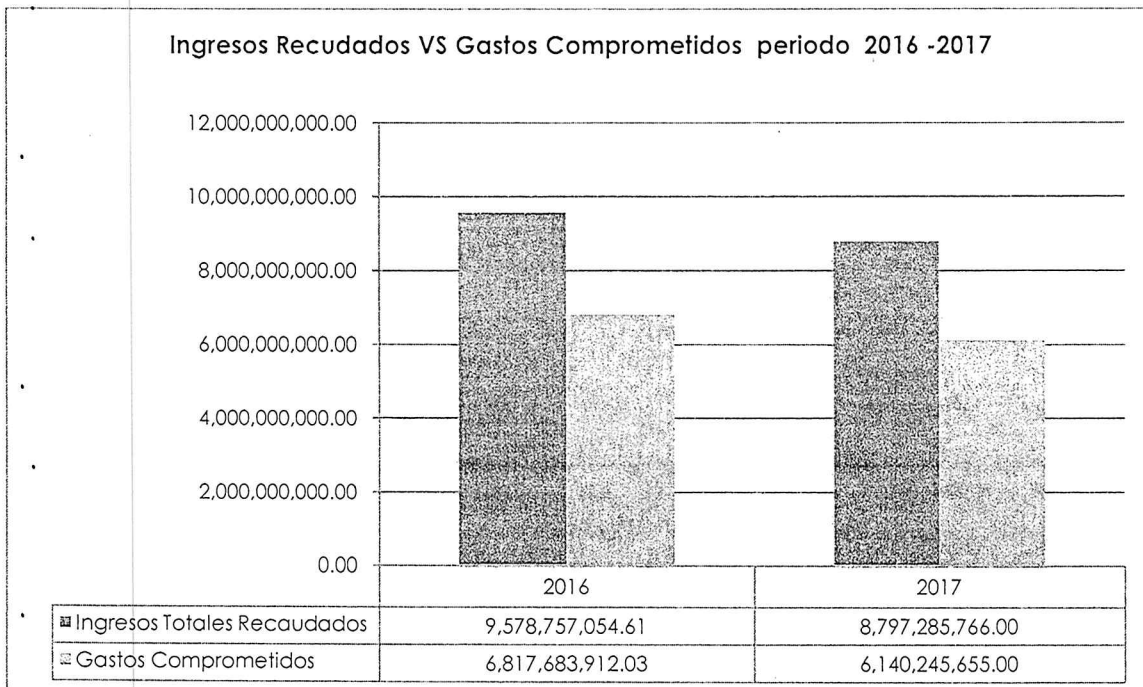
Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	2016	2017
Numerador	9,578,757,054.61	8,797,285,766.00
Denominador	6,817,683,912.03	6,140,245,655.00
Resultado	1.40	1.43

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE


Gráfica No. 07



Gráfica No. 08



ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

 Salud Sogamoso E.S.E. <small>Siempre en salud, protegiendo tu salud</small>	INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018	Código: GAF-F-071
		Versión: 01
		Fecha: 21/11/2016
		Página 19 de 28

El presupuesto de ingresos está compuesto: 1) por la disponibilidad inicial de \$2.295 millones, 2) los ingresos corrientes de los cuales se presupuestaron en \$7.780 millones y se recaudaron \$6.272 millones, 3) ingresos de capital de los que se recaudaron \$229 millones. El total de ingresos presupuestados ascendió a \$10.286 millones, de los cuales se recaudaron \$8.797 millones, con un porcentaje de recaudo del 85.5%. Es importante observar que los ingresos corrientes representan el 75% y la disponibilidad el 22% del presupuesto total de Ingresos.

En cuanto al recaudo de los ingresos corrientes frente a los derechos por cobrar se observa que en venta de servicios de régimen subsidiado se recaudo un 87%, en régimen contributivo un 31% y aportes del municipio se recaudo 81% del recaudo de ingresos corrientes.


Por otra parte los gastos están conformados por gastos de funcionamiento, gastos de operación comercial y prestación de servicios, gastos de inversión, los cuales presentaron unos compromisos de \$1.929 millones, \$3.896 millones, y \$314 millones respectivamente, para un total de \$6.140 millones, con unos porcentajes de ejecución en gastos de funcionamiento 3.14%, gastos de operación comercial 63.4%, gastos de inversión 5.11%.

En cuanto al recaudo efectivo de cartera con las ERP, por venta de servicios régimen subsidiado disminuyó considerablemente debido a que no se realiza el giro total de los servicios facturados a la EPS Comparta, pese a la gestión que se viene adelantando para la recuperación de dicha cartera.

Considerando lo anterior el resultado del equilibrio presupuestal con recaudo para la vigencia 2017 fue de 1.43, lo cual indica que los ingresos recaudados fueron superiores a los gastos comprometidos, evidenciando que los compromisos adquiridos tienen el respaldo del efectivo recaudado, atendiendo a la política de austeridad del gasto logrando un punto de equilibrio desde el recaudo, dado que se comprometen para la presente vigencia gastos por valor de \$6.140 millones teniendo en cuenta el recaudo efectivo por venta de servicios por valor de \$6.219 millones.

Indicador No. 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.
Formula:	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

 <p>Salud Sogamoso E.S.E. Salud es vida, protegenos la salud</p>	INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018	Código: GAF-F-071
		Versión: 01
		Fecha: 21/11/2016
		Página 20 de 28

Estándar meta	Cumplimiento dentro de los términos previstos	
Resultado:	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Fuente: Superintendencia Nacional de Salud

Para el año 2017, se presentaron 2 informes respecto al cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud, dentro de los términos previstos, anexando certificación de la información por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Indicador No. 11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento al 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
Formula	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.
Estándar meta	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.
Fuente	Ministerio de Salud y Protección Social

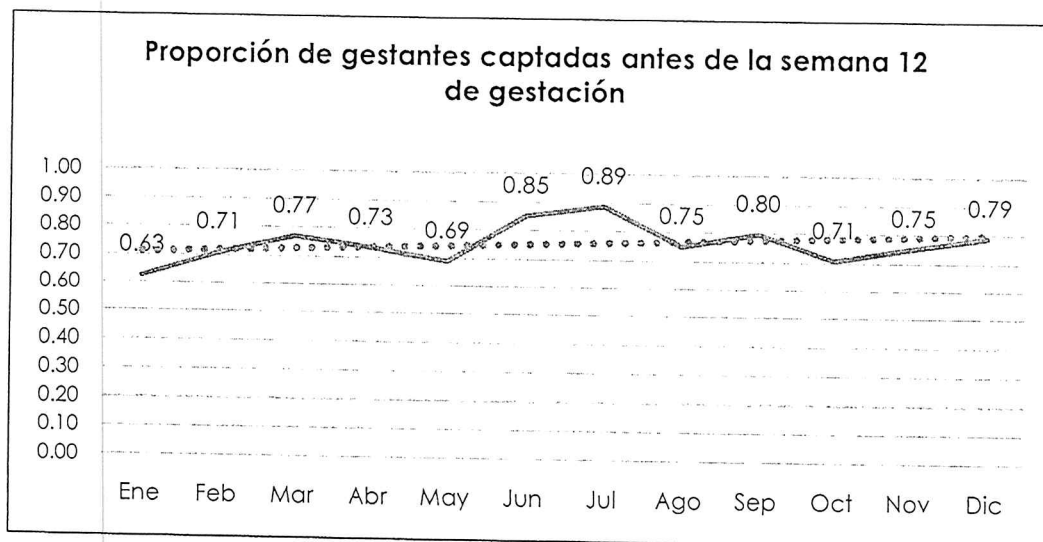
Para el año 2017 se presentaron 4 informes y/o reportes de información en cumplimiento al decreto 2193 de 2004 correspondientes al I, II, III, IV trimestre dentro de los términos previstos, soportado en la certificación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. De igual manera y conforme a lo establecido en el artículo No. 04 del mencionado decreto respecto a la periodicidad y plazo para la entrega de la información, se anexa Circular No. 083 de 2018 expedida por la Secretaria de Salud de Boyacá que corresponde al cronograma de mesas de trabajo para la validación de la información anual (2017) del decreto 2193 de 2004.

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE


ÁREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

Indicador No. 21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	
Formula	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizo por los menos una valoración medica y se inscribieron en el programa de Control prenatal de la E.S.E, 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	
Estándar meta	≥0,85	
Resultado	Año 2017	Fuente: Informe Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por la ESE, en la vigencia objeto de evaluación y que indique si se inscribió o no en el programa de control prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por medico; aplicación de la fórmula del indicador
	0.75	

Gráfica No. 09



ELABORADO POR: ANGIÉ CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE


 Salud Sogamoso E.S.E. <small>Siempre está protegemos tu salud</small>	INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018	Código: GAF-F-071
		Versión: 01
		Fecha: 21/11/2016
		Página 22 de 28

Según la grafica anterior se puede evidenciar la tendencia ascendente del indicador, que se refleja en una captación de 0.75 para el año 2017, que corresponde a 520 gestantes que se diagnosticaron con embarazo confirmado antes de la semana 12 de gestación de 694 identificadas. Durante el año 2017, se trabajaron y fortalecieron las estrategias y campaña de divulgación, así como el fortalecimiento y conformación de redes sociales, que contribuyera a la capacitación oportuna de gestantes tales como: la toma de gravindex totalmente gratuito a usuarias de Salud Sogamoso, así mismo se realiza acercamiento a todas las entidades que realizan gravindex, solicitando apoyo en el envío de los resultados para realizar una canalización efectiva y posteriormente una captación temprana de estas usuarias.

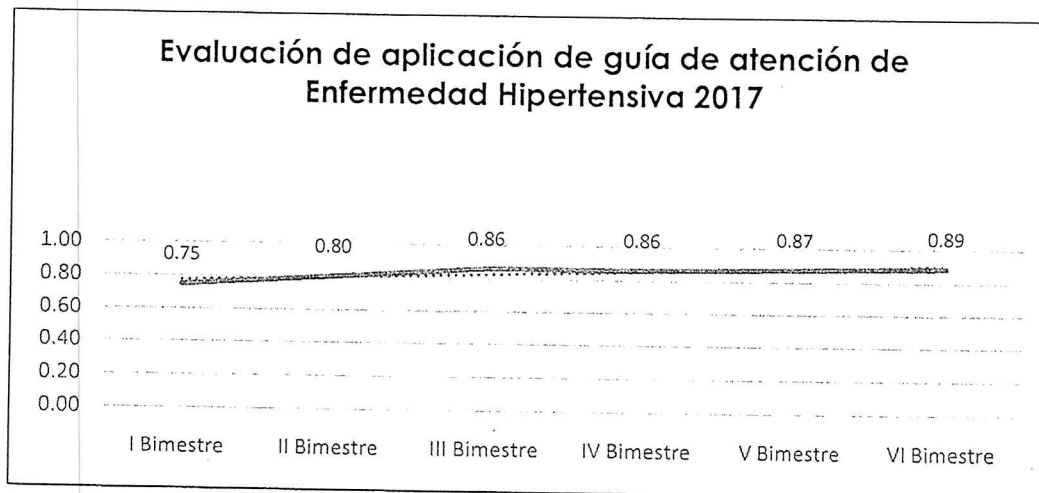
Lo anterior con el fin de disminuir y detectar los factores que puedan condicionar la morbilidad materna perinatal. De igual manera la ESE, cuenta con la estrategia de atención a la gestante IAMII, la cual es operativizada a través de la ruta de atención a la gestante desde el acceso hasta el egreso y canalización efectiva a las diferentes actividades de protección específica y detección temprana. Finalmente es importante aclarar que factores externos de las gestantes como lo son el bajo nivel educativo; familias disfuncionales, gestantes adolescentes, embarazos no deseados; hacen que el indicador presente estos comportamientos.

Indicador No. 23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	
Formula:	Numero de historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación/ Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	
Estándar meta	≥0.90	
Resultado	Año 2017	Fuente: Informe Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador
	0.84	

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACIÓN	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

 Salud Sogamoso E.S.E. <small>Servicio Especializado en Atención</small>	INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018	Código: GAF-F-071
		Versión: 01
		Fecha: 21/11/2016
		Página 23 de 28


Gráfica No. 10



Para el año 2017 se realiza la evaluación de aplicación de guía de atención de Enfermedad Hipertensiva y como se observa en la grafica, presenta un comportamiento ascendente este indicador, con corte 31 de Diciembre se obtiene un porcentaje de Adherencia a la GPC de Hipertensión Arterial Primaria adoptada por Salud Sogamoso ESE del 84%, con un total de 423 historias clínicas auditadas, de las cuales 354 historias clínicas cumplen con la adherencia a esta guía. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este año se observa que no se tenían estandarizados los paquetes de paraclínicos y su frecuencia, por lo anterior se realiza nuevamente la socialización de la guía de práctica clínica, se incrementan esfuerzos en la consolidación de la base de datos de este grupo poblacional y se crean los programas especiales con el fin de realizar de manera interdisciplinaria el abordaje de estos usuarios para generar adherencia a los programas ya que en muchos casos la toma oportuna de estos laboratorios se debe a negligencia en el autocuidado.

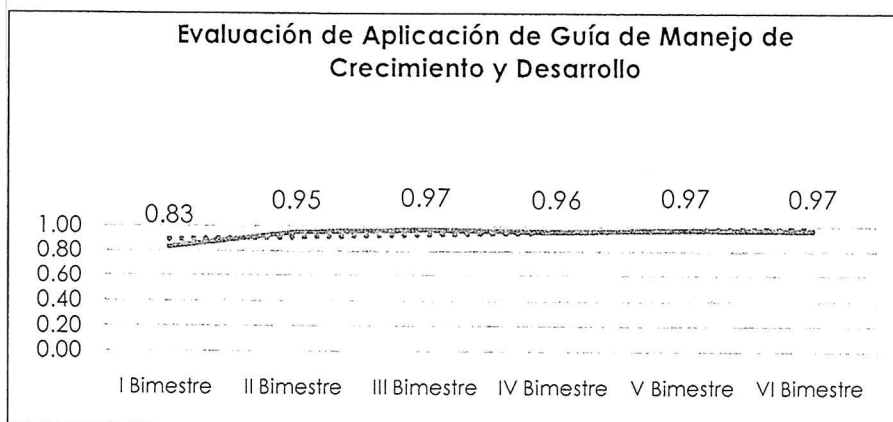
Indicador No. 24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo.
Formula	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se le aplico estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación /Numero de historias clínicas de

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

 <p>Salud Sogamoso E.S.E. Sempre vida, protección a la salud</p>	INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018	Código: GAF-F-071
		Versión: 01
		Fecha: 21/11/2016
		Página 24 de 28


	niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación	
Estándar meta	≥0,80	
Resultado	Año 2017 0,94	Fuente: Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (04)

Gráfica No. 11



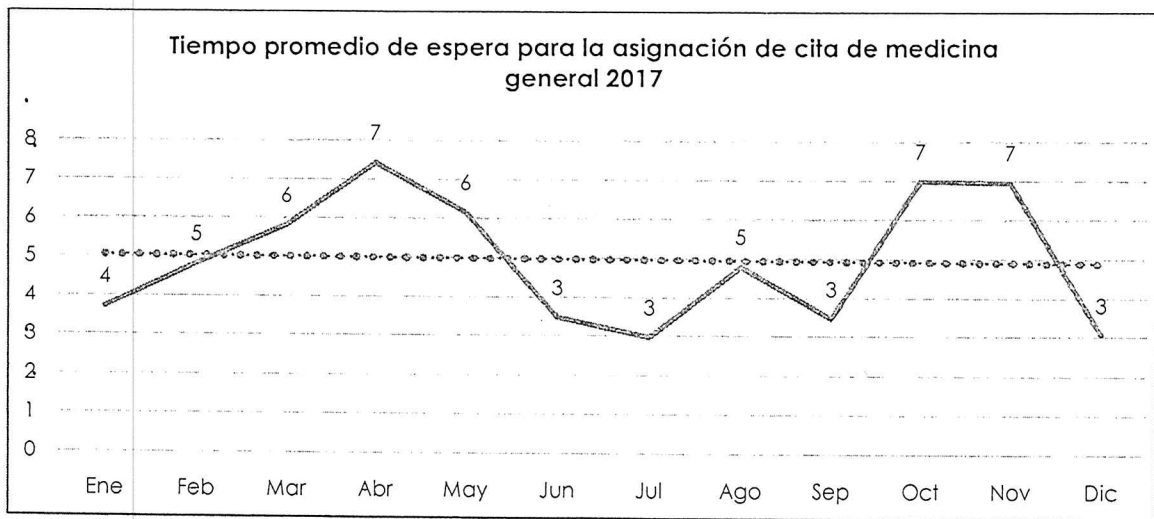
Se realizó la auditoria de adherencia a la guía de crecimiento y desarrollo basados en la guía de la resolución 412/2000 expedida por el Ministerio de salud y Protección Social de manera bimensual. Conforme a lo anterior y con corte a 31 de diciembre de 2017, como se evidencia en la grafica, se obtiene un porcentaje de aplicación a la guía de atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años del 0.94, con un total de 438 historias clínicas auditadas, de las cuales 413 cumplen con la Adherencia a la guía. Este resultado se debe al esfuerzo que realiza la institución en la capacitación al personal, de igual manera a la implementación de la plantilla de esta historia clínica, el seguimiento constante y la retroalimentación sobre los hallazgos encontrados en las auditorías realizadas.

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

	INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018	Código: GAF-F-071
		Versión: 01
		Fecha: 21/11/2016
		Página 25 de 28

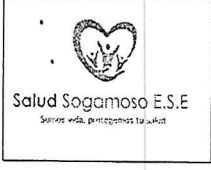
Indicador No. 26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general		
Formula	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/ Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación		
Estándar meta	≤ 3		
Resultado	Año 2017	Resultado	Fuente: Ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de salud y protección social (2)
	83090 / 16216	5.1	

Gráfica No. 12



El Sistema de Información para la Calidad (SIC) definido por la Resolución 256 de febrero de 2016, tiene como filosofía la obtención de información generada en los

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE



INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018

Código: GAF-F-071
Versión: 01
Fecha: 21/11/2016
Página 26 de 28

otros componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad SOGC e incentivar su utilización para desarrollar gestión basada en hechos y datos, con el fin de permitir a los usuarios seleccionar sus proveedores de servicios de salud en el ejercicio de sus derechos y deberes.


La Resolución 1552 de 2013, por medio de la cual se establece que se debe: Garantizar Agendas abiertas para asignación de citas, cuya asignación de consultas para odontología general y medicina general, no podrá exceder los tres (3) días.

La oportunidad en el acceso a los servicios de salud, forma parte de los atributos de la calidad; considerado como indicador trazador en el desarrollo de la atención en salud y el acceso a los servicios de consulta externa, por esta razón se realiza seguimiento y análisis al comportamiento del indicador de oportunidad en la asignación de citas en la institución, con el propósito de identificar brechas, con la posterior formulación de estrategias que permitan el mejoramiento continuo conducentes a alcanzar el estándar meta del indicador.

La gráfica del comportamiento del indicador de asignación de consulta médica por primera vez para el año 2017, permite evidenciar una tendencia ascendente y un resultado final en los tiempos de oportunidad 5.1 días , este resultado se debe a factores como la eliminación en las barreras de acceso a la solicitud de consulta médica, tales como: asignación de consultas en toda la jornada laboral, asignación de consultas en forma personalizada en todas las Unidades Básicas de Atención y la unidad de Gestión de Riesgo Ambulatorio de Salud Sogamoso sin restricción de horario y agendas abiertas. Además este comportamiento está relacionado con los 15.148 usuarios inasistentes a las citas programadas, a su vez con el traslado en el mes de octubre de usuarios de la EPS Comfaboy para ser atendidos en Salud Sogamoso ESE.

Por último es importante seguir trabajando y continuar con el fomento del proceso educativo a los usuarios por los diferentes medios de comunicación institucional sobre el uso adecuado de los servicios y la importancia de asistir oportunamente a las consultas programadas. (Programas radiales, altavoz, entre otros). Así mismo fortalecer el Programa de Atención a Crónicos; como estrategia de mejoramiento y control.


ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

	INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018	Código: GAF-F-071
		Versión: 01
		Fecha: 21/11/2016
		Página 27 de 28

ANEXOS

- ✓ **Indicador No. 1:** Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior, se anexa Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior, en uno (01) cd.
- ✓ **Indicador No. 2:** Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud. PAMEC, se anexa la certificación de la información por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ✓ **Indicador No. 3:** Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional, se anexa Informe del responsable de planeación de la ESE.
- ✓ **Indicador No. 5:** Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida, se anexa ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ **Indicador No. 6:** Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas, 2. compras a través de cooperativas de Empresas sociales del Estado 3. compras a través de mecanismos electrónicos, se anexa certificación suscrita por el revisor fiscal de la ESE.
- ✓ **Indicador No. 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, se anexa Certificación suscrita por el revisor fiscal.
- ✓ **Indicador No. 8:** Utilización de información de registro individual de prestaciones – RIPS, se anexa Informe del Responsable de Planeación de la E.S.E.

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE

	INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018	Código: GAF-F-071
		Versión: 01
		Fecha: 21/11/2016
		Página 28 de 28

- ✓ **Indicador No. 9:** Resultado equilibrio presupuestal con recaudo, se anexa Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
- ✓ **Indicador No. 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, se anexa la certificación de la información por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ✓ **Indicador No. 11:** Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya, se anexa certificación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social respecto al reporte de información del año 2017 de que trata el 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,
- ✓ **Indicador No. 22:** Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación, se anexa informe de Comité de Historias Clínicas
- ✓ **Indicador No. 23:** Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva, se anexa informe de Comité de Historias Clínicas
- ✓ **Indicador No. 24:** Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo, se anexa informe de Comité de Historias Clínicas.
- ✓ **Indicador No. 26:** Oportunidad promedio en la atención de consulta de medicina general, se anexa ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

ELABORADO POR: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	REVISADO POR: JOHN DOUGLAS CONTRERAS	APROBADO POR: Dra. DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
COORDINADORA DE PLANEACION	ASESOR ACREDITACION	GERENTE