

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

**INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2020,
EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018.**



**SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SOGAMOSO, BOYACÁ**

MARZO DE 2021

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

INTRODUCCIÓN

Salud Sogamoso E.S.E. es una institución prestadora de Servicios de Salud de 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 Secretaria Municipal de Salud del Municipio de Sogamoso; fue creada mediante Acuerdo N° 082 del 27 de Diciembre de 1996 emitido por el Concejo Municipal de Sogamoso.

A través de Acuerdo de Junta Directiva No. 005 de 2020, se aprobó y adoptó el Plan de Gestión y Desarrollo 2020-2024 para su implementación en Salud Sogamoso ESE. Este documento contiene los objetivos, las metas de gestión y la ruta estratégica y operativa en búsqueda constante de suplir las necesidades de salud de nuestra población a través de la prestación de servicios enmarcados en la filosofía de excelencia. En este orden de ideas los objetivos estratégicos del mencionado plan se encuentran alineados con los ejes del Sistema Único de Acreditación en Salud, tales: gestión de tecnología, humanización de la atención, seguridad de paciente, enfoque y gestión del riesgo, transformación cultural y responsabilidad social.

Es así como como la gestión institucional para la vigencia 2020, estuvo encaminada en lograr el enfoque de cada uno de los procesos de la ESE, (entiéndase como enfoque a las “Directrices, métodos y procesos que en forma sistémica y metodológica utiliza la institución para ejecutar y lograr el propósito en cada estándar o variable que va a evaluar”¹), orientados hacia el logro de los objetivos corporativos; así como también en el desarrollo de estrategias de articulación de los diferentes sistemas de gestión (Administración de riesgos, Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud –SOGC), a fin de lograr procesos de eficiencia administrativa, como gestión interna superando los estándares de eficiencia.

En el presente informe se exponen los resultados de la ejecución del plan de gestión para la vigencia 2020 de Salud Sogamoso ESE, de acuerdo a los

¹ Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, Versión 3.1, 2018

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

contenidos del anexo No. 2 de la Resolución 408 de 2018. En el mismo se describen los indicadores y estándares por áreas de gestión, con su respectivo análisis.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



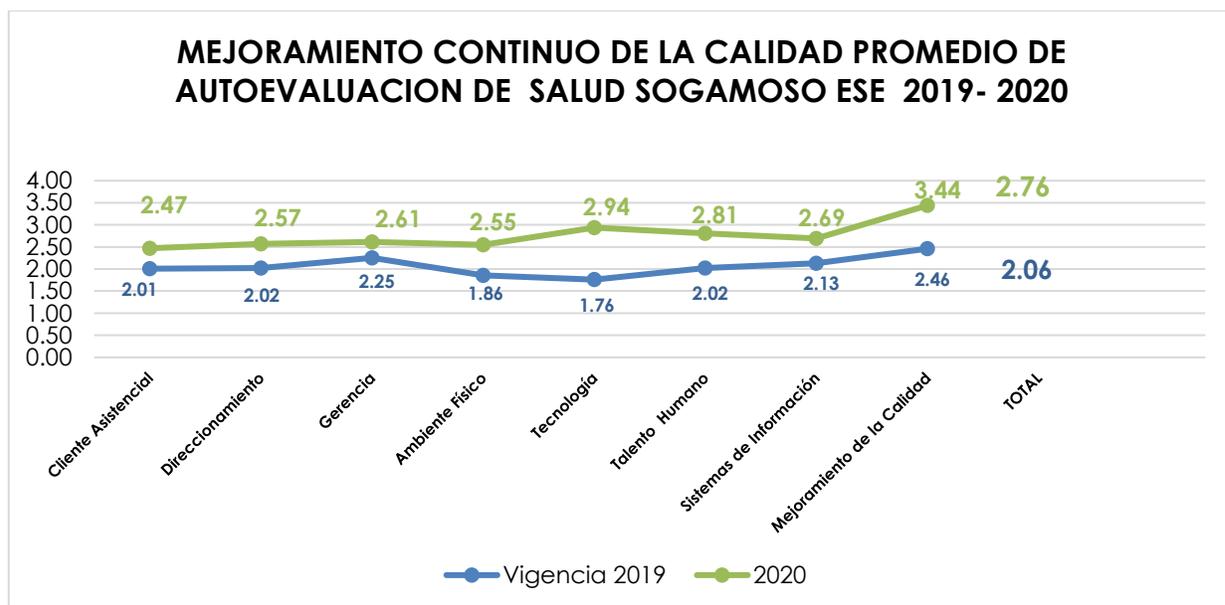
INDICADOR 1. : MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

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 evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.			
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	Autoevaluación: $\geq 1,20$			
Estándar meta institucional año 2020:	Autoevaluación: = 1,20			
Calculo:	Año 2019	Año 2020	Resultado	Fuente: Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior
	2.06	2.76	1.33	



Fuente: Autoevaluación 2019- 2020

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Salud Sogamoso ESE para la vigencia 2020, da continuidad al desarrollo de la filosofía de acreditación en salud enmarcada en los siguientes ejes: la seguridad de paciente; las políticas y programas dirigidos a la humanización de la atención que tienen en cuenta la dignidad de cada usuario como ser humano; la gestión de la tecnología en todos sus componentes y la gestión del riesgo integral (clínico y administrativo).

Los ejes de la acreditación en salud, fueron abordados sistémicamente como un proceso de transformación cultural organizacional de largo plazo, en el que se alinean las normas, la cultura y la ética; esta transformación promovida desde el direccionamiento de la entidad, hacia todo su talento humano, tiene en cuenta el aprendizaje organizacional y la internalización de conocimientos, estrategias y buenas prácticas que se vienen implementado en los diferentes servicios, así como la responsabilidad social entendida como la corresponsabilidad de la entidad con los usuarios, los colaboradores y el medio ambiente, que contribuye con acciones concretas a promover el bienestar de la comunidad en particular y la sociedad en general y la trasmisión de los resultados del mejoramiento continuo organizacional, la cual se dio no solamente hacia los usuarios, sino hacia los colaboradores, mediante el desarrollo de metodologías lúdico pedagógicas que fortalecieron la difusión del conocimiento y logros alcanzados.

Es por ello que se logran avances significativos por cada uno de los estándares de acreditación los cuales se detallan a continuación:

Cliente Asistencial

Se fortalece el eje trasversal de seguridad del paciente, desde su enfoque, despliegue por medio del boletín "Calidad al día", seguimiento y evaluación del mismo. Además y como aprendizaje organizacional se realiza un análisis en el comité de seguridad del paciente de los eventos e incidentes adversos con el objetivo de establecer las respectivas acciones de mejora para prevenir su ocurrencia; basado en este análisis se priorizaron las prácticas intervenir.

Además y como centro de la atención se ajusta el modelo de atención y prestación de servicios en salud, incluyendo modalidades de prestación, garantizando la estandarización del ciclo de atención al usuario.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

De igual manera y en atención a la pandemia Covid -19 se realiza la documentación de los procedimientos necesarios para la prestación de los servicios de Salud en la ESE.

Se trabajó en garantizar el acceso a los usuarios teniendo en cuenta sus particularidades y características, para lo cual se contempla la atención al usuario en condición especial y se incluye en el manual del usuario, logrando su implementación teniendo en cuenta las diferentes estrategias establecidas, tales como el sticker para la distinción del paciente; así mismo se contempla en dicho manual el asesoramiento al usuario frente a los servicios no prestados por la ESE.

Conjuntamente se diseñan estrategias lúdicas y virtuales dirigidas a los usuarios en temas relacionados con la correcta preparación para la atención y la aplicación de los deberes y derechos; así como también en acciones dirigidas a los colaboradores en relación a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, seguridad del paciente y modelo de atención. Estrategias que han sido evaluadas respectivamente

Un importante avance para la vigencia 2020 en cuanto al componente de asesoría farmacológica, está en la documentación de la metodología para realizar asesoría farmacoterapéutica; así como también el mecanismo para la identificación de errores en la prescripción de medicamentos; en por ello que se realiza la articulación con el programa de farmacovigilancia de los documentos descritos.

Direccionamiento

Se define la ruta estratégica y operativa que guiará la gestión de la entidad, con miras a satisfacer las necesidades de sus grupos de valor enmarcado en los ejes de acreditación en salud, a través del plan de gestión y desarrollo de la vigencia 2020-2024. De igual forma se actualizan las políticas institucionales basadas en este direccionamiento estratégico. Se realiza la medición de indicadores de cada una de las políticas y se continúa con el seguimiento de los indicadores estratégicos en el tablero de control institucional.

Igualmente se actualiza la política de responsabilidad social y se documenta el programa, alineado con el direccionamiento estratégico; con el mismo se pretende promover la responsabilidad social empresarial con el fin de generar

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

impactos positivos en las necesidades de la sociedad, incluyendo el usuario, la comunidad y los trabajadores.

Gerencia

Para la vigencia se fortalece de forma importante el eje de gestión del riesgo para lo cual se actualiza la política y se documenta el procedimiento que contiene la identificación valoración y tratamiento de riesgos; se capacita a líderes de proceso, tanto administrativos y asistenciales en el uso de la herramienta diseñada por la entidad, y se genera el plan de tratamiento de riesgos que comprende la totalidad de riesgos identificados, las acciones de tratamiento y su impacto en la mitigación de los mismos

De otra parte se realiza la revisión y actualización de la totalidad de caracterizaciones de procesos de la entidad, dando continuidad al modelo de operación por procesos.

Se realiza la monitorización de indicadores estratégicos los cuales permiten establecer el análisis con tendencia de los tres últimos años, mediante el tablero de indicadores.

Con el fin de adquirir las mejores prácticas realizadas por entidades acreditadas, se continúa con la ejecución de ejercicios de refenciación comparativa, realizando en el periodo dos: con la IPS Virrey Solís y con la Clínica los Nogales, estableciendo las mejores prácticas factibles de implementar en Salud Sogamoso ESE.

Talento Humano

Teniendo en cuenta que es indispensable contar con el talento humano integral, idóneo, comprometido y transparente, que contribuya a cumplir con la misión y objetivos institucionales, se establecieron acciones encaminadas a fortalecer los componentes de planeación, ingreso, permanencia, retiro del talento humano, la cultura la organizacional y la humanización de la atención. Es por ello que se implementaron herramientas de identificación de necesidades del talento humano y la evaluación a su respuesta; se realiza el ajuste del programa de inducción y reinducción en cuanto a periodicidad y método evaluativo y se documentan el programa de entrenamiento específico en el cargo,

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

implementando la estrategia del plan padrino a fin de facilitar el desarrollo de labores por parte del colaborador que ingresa a la ESE.

Una actividad importante desarrollada para esta vigencia fue la documentación del programa de transformación cultural con el cual se busca afianzar la cultura organizacional en la ESE, orientada al cumplimiento de los objetivos estratégicos y el compromiso con los principios y valores institucionales.

También se documenta el programa de humanización y conformación del comité de humanización, definiendo los gestores. Así mismo se realiza la implementación de listas de chequeo de humanización para usuarios y colaboradores, identificando las causas de quejas y estableciendo las acciones de mejora acorde a los resultados analizados en comité.

Ambiente Físico

Dada la importancia de que los procesos institucionales y en particular los de atención al paciente, cuenten con los recursos físicos y de infraestructura y con las características técnicas que respondan a sus necesidades, se realiza la documentación del manual de gestión del ambiente físico, la aplicación de chequeos a las necesidades de ambiente físico y la medición del respectivo indicador, a fin de gestionar estas necesidades y de esta manera garantizar un ambiente seguro y humanizado al usuario y colaborador. Así mismo se implementa la línea de acción de humanización del ambiente físico a través de la respuesta a los requerimientos realizados por los colaboradores en intranet. Se realiza evaluación de satisfacción del ambiente físico a usuarios y colaboradores

De igual forma se realiza la medición y análisis de los eventos de la infraestructura y se ejecutan las actividades de sensibilización a los usuarios frente al buen uso del ambiente físico y prevención de eventos e incidentes relacionados con la infraestructura.

En cuanto al componente ambiental se continúa con la aplicación de la política de gestión ambiental, la implementación del manual de buenas prácticas ambientales y la medición de los indicadores establecidos en la política.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Gestión de la Tecnología

El estándar de gestión de la tecnología en el año 2020 logró gestionar las tecnologías institucionales acorde a las necesidades de la organización de manera segura, para el personal, el usuario y su familia.

Las diferentes actividades ejecutadas se desplegaron en la gestión segura de las fases del ciclo de la tecnología, en la alineación de las vigilancias institucionales con el programa de seguridad del paciente, en la búsqueda de la no recurrencia de incidentes y eventos adversos asociados al uso de las tecnologías, y en la gestión adelantada de los riesgos asociados al uso de la tecnología, evitando su materialización.

Gerencia de la información

En el grupo de estándares de gerencia de la información se lograron avances en relación a la actualización del manual de gerencia y seguridad de la información adicionando el procedimiento para la implementación del formato de necesidades de información y la aplicación del mismo a través de una herramienta informática, con el fin de establecer, identificar, responder y evaluar la efectividad de la información que produce la ESE.

Conjuntamente y con el fin de garantizar la seguridad y confidencialidad de la información se crea e implementa herramienta para el reporte de incidentes de seguridad de la información y para la descarga de grupos de datos que hacen parte de la minería de datos,

Se mantiene el uso del tablero de indicadores elaborado en herramienta ofimática hoja de cálculo Excel para el control de los indicadores estratégicos y en proceso de implementación para la totalidad de indicadores.

Mejoramiento de la Calidad

El estándar de mejoramiento institucional se caracterizó por fortalecer el enfoque e implementación en cada uno de los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización, gestión de la tecnología, gestión de riesgo, y responsabilidad social, involucrando a toda la organización el conocimiento y ejecución de las acciones de cada componente. Para tal fin se conformaron los

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

equipos de mejoramiento institucional definiendo sus roles, funciones y cronograma de reuniones.

Se generó el procedimiento de autoevaluación, en el cual se indica la forma como se realizan los seguimientos al cumplimiento del PAMEC, así mismo se realizaron los seguimientos sistemáticos en forma bimestral a la ejecución de las acciones de los planes de mejoramiento del PAMEC, presentando los resultados de avance en comité de gestión y desempeño en el cual se establecieron los ajustes para superar las brechas encontradas en cada seguimiento.

Se estructuraron herramientas lúdicas para difundir el conocimiento de las acciones que se vienen realizando en pro del mejoramiento institucional, tales como: las capsulas de calidad, el boletín calidad al día y el video lúdico memorias del mejoramiento.

Finalmente y como se observa en la gráfica se evidencia un incremento en la autoevaluación de cada grupo de estándar, para finalizar y obtener en la vigencia 2020 un resultado de 2.76.

El notorio avance en el resultado de la autoevaluación de la vigencia 2020, responde al compromiso y exigencia institucional, la cual pasó de contar con 255 acciones de mejoramiento en la vigencia 2019 a 345 en el 2020, con las cuales se buscó en trabajar el enfoque de cada grupo de estándar, a fin de que cada uno de ellos respondiera a una metodología sistemática, proactiva y evaluativa, que contribuyera al logro de los objetivos institucionales. De igual modo se trabajó en el despliegue de cada uno de estos enfoques tanto al cliente interno como externo y se da inicio a un proceso de evaluación con resultados.

Por último y teniendo en cuenta lo anterior se identificaron y analizaron las barreras de mejoramiento por cada uno de los procesos, teniendo en cuenta los resultados de la autoevaluación y los seguimientos realizados, lo que permitió generar las acciones correctivas pertinentes, encaminados hacia la acreditación institucional.

Se anexa uno (01) cd con el Documento de autoevaluación vigencia evaluada (2020) y vigencia anterior (2019).

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Indicador No. 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/ Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	>= 0,90	
Estándar meta institucional año 2020:	>= 0,90	
Resultado:	Año 2020 0.98	Fuente: Superintendencia Nacional de Salud.

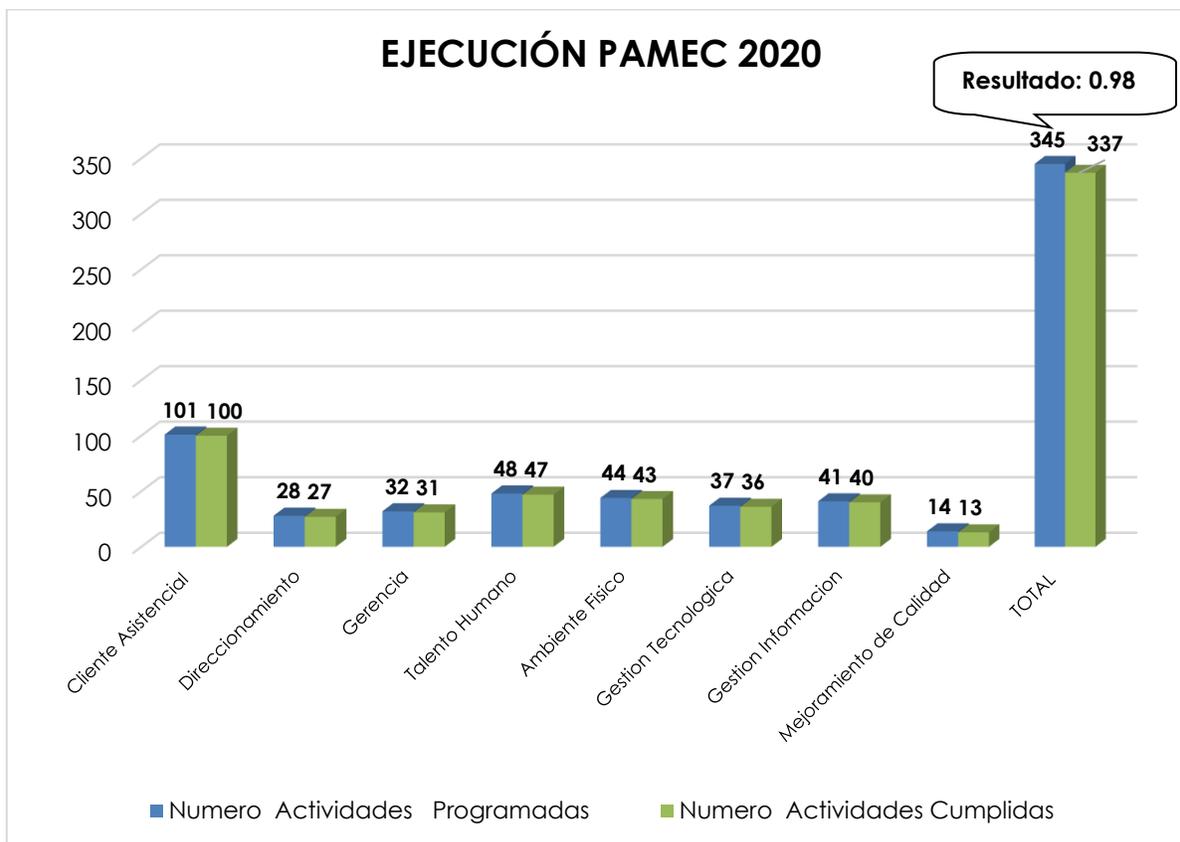
Para la vigencia 2020 se formuló el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC; se programaron para la vigencia un total de 345 actividades, distribuidas en los 8 grupos de estándares de acreditación.

En la gráfica se describe el resultado en la ejecución del PAMEC por grupo de estándares:

ESTADO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO PORGRUPO DE ESTÁNDARES- QUINTO SEGUIMIENTO								
	PACAS	Direccional amiento	Gerencia	Talento Humano	Ambiente Físico	Gestión Tecnología	Gerencia de la Información	Mejoramiento o de Calidad	Numero Acciones
Completo	100	27	31	47	43	36	40	13	337
En desarrollo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atrasado	1	1	1	1	1	1	1	1	8
No iniciado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	101	28	32	48	44	37	41	14	345

Fuente: PAMEC 2020

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA



Fuente: PAMEC 2020

El Programa para el Mejoramiento Continuo de la Calidad PAMEC de la vigencia 2020, constituyó un reto institucional, con la priorización de 345 actividades con las cuales se buscó trabajar el enfoque de cada grupo de estándar, a fin de que cada uno de ellos respondiera a una metodología sistemática, proactiva y evaluativa, que contribuyera al logro de los objetivos institucionales. De igual modo se trabajó en el despliegue de cada uno de estos enfoques tanto al cliente interno como externo y se da inicio a un proceso de evaluación con resultados.

Se obtiene un cumplimiento acumulado para la vigencia 2020 del 0.98, correspondiente a 337 acciones de mejoramiento desarrolladas, de las 345 programadas. La actividad que no se desarrolló corresponde a una única acción denominada "Adquirir software de gestión de mejoramiento que de repuesta a

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

las necesidades de acreditación", la cual se incorporó en el mejoramiento de cada uno de los grupos de estándares y por consiguiente a pesar de ser sola una acción, se ve reflejada en los ocho grupos. Una vez realizado el análisis de las diferentes propuestas de software de mejoramiento, se toma la decisión empresarial de no adquirir ninguno de ellos por el alto costo de adquisición, implementación y mantenimiento, por cuanto durante la vigencia se continuó desarrollando la herramienta institucional para el manejo de indicadores con el apoyo de un profesional en ingeniería contratado para tal fin

Los resultados obtenidos al cierre de la vigencia y cumplimiento del 0.98 del PAMEC permiten observar el avance en los procesos de seguimiento y evaluación, que permitieron el cierre ciclos; con lo cual se busca el mejoramiento mantenimiento y aseguramiento de la calidad, encaminados hacia la acreditación en salud institucional

Se anexa documento expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



INDICADOR No. 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA



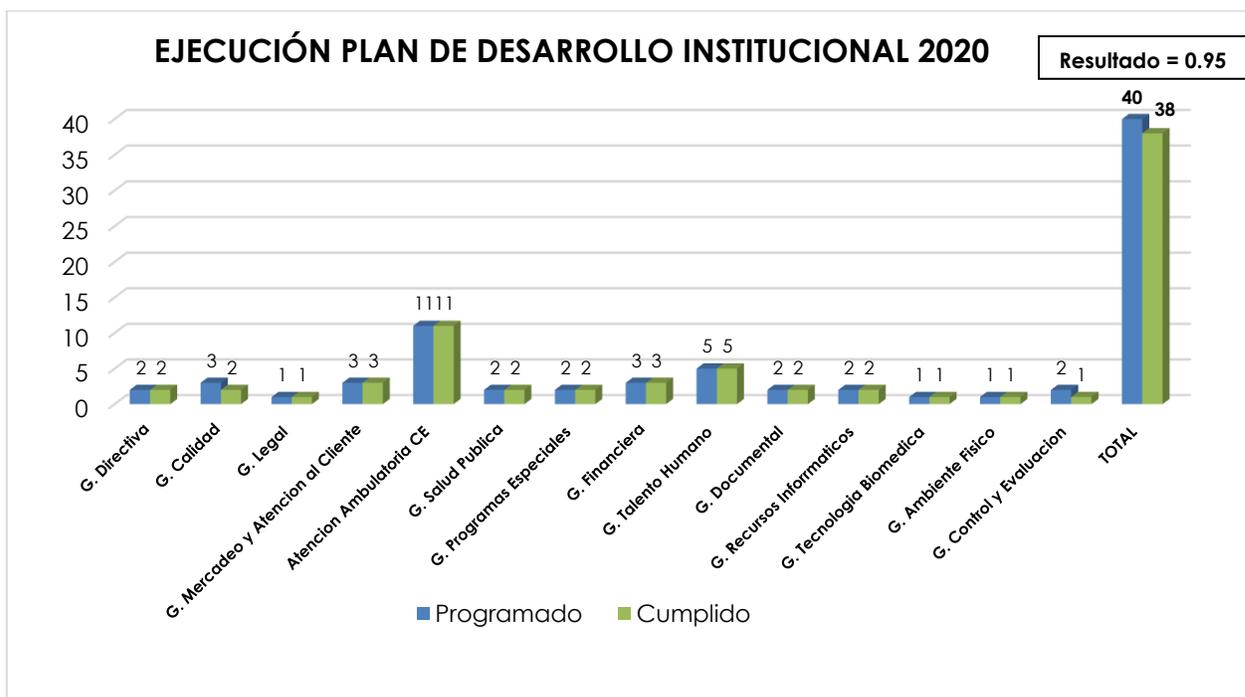
PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS

Código: GDP-F-025

Versión : 01

Fecha : 03/03/2017

Indicador No. 3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	
Formula:	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.	
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	>= 0.90	
Estándar meta institucional año 2020:	0.90	
Resultado:	Año 2020 0.95	Fuente: 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 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



Fuente: Informe Oficina Planeacion 2020

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Definida la ruta estratégica y operativa que guiará la gestión de la entidad, con miras a satisfacer las necesidades de sus grupos de valor, la cual está contemplada en el Plan de Gestión y Desarrollo 2020-2024; se formularon los planes operativos de la vigencia 2020, a través de la conformación de equipos de trabajo y análisis de la DOFA de contexto a fin de evaluar los factores fuertes y débiles para diagnosticar la situación interna y externa de la ESE, priorizando de esta manera los objetivos estratégicos alineados con los ejes de la acreditación en salud. De esta manera los planes operativos fueron aprobados mediante Acuerdo de Junta directiva No. 001 de 2020.

En este orden de ideas y teniendo en cuenta lo plasmado en los planes operativos de la vigencia 2020, se programarán un total de 40 metas, con diferente periodicidad de medición de acuerdo al indicador formulado.

Como se describe la gráfica anterior, de un total de 40 metas programadas se cumplieron 38 de ellas, con un resultado del 0.95 en la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional. Las metas dos (02) que no alcanzaron el estándar proyectado hacen parte de los procesos de Gestión de Calidad (01 meta) y Gestión de Control y Evaluación (01 meta).

En este orden de ideas la primera meta que concierne al proceso de Gestión de Calidad, se asocia al indicador de "Recurrencia de eventos adversos", toda vez que en el mes de Agosto se presentaron tres eventos adversos (caídas en salas de espera), por cuanto a partir del segundo evento presentado se considera reincidente, dado que el mismo ya se había presentado; La ocurrencia de dichos eventos constituyó un hecho de gran relevancia frente a la seguridad del paciente y ameritó la toma de decisiones que conllevaron a la generación de estrategias y fortalecimiento de las buenas practicas especificas es decir, aquellas encaminadas a la prevención de caídas y la de ilustrar al paciente frente al autocuidado de su seguridad.

La segunda meta hace parte del proceso Gestión de Control y Evaluación, y está relacionado con el indicador "Porcentaje de Informes enviados oportunamente", específicamente en el reporte del informe de la circular única, dado que considerando el documento denominado "Reporte de Indicadores de la Resolución 408 de 2018" expedido por la Supersalud, en el cual se tiene en cuenta para dicho informe la oportunidad en el reporte realizado de los archivos FT025 (Reporte de Facturación Radicada) con periodicidad mensual, FT004 (Cuentas

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

por Pagar – Acreedores) con periodicidad Trimestral, GT003 (Rendición de cuentas) con periodicidad anual, GT004 (Asociación o Alianza de Usuarios) con periodicidad anual y ST002 (Aplicación del Pamec) igualmente con periodicidad anual; el resultado del mismo como “No cumple”, se relaciona con la información del archivo FT025, el cual teniendo en cuenta las novedades de cargue, las multiplicidad de periodos a reportar y la plataforma que para este periodo se habilitó por la Superintendencia Nacional de Salud, generó en la profesional a cargo de su reporte una situación de confusión con respecto a la plataforma en que debía cargarse el mismo, realizándose correctamente un día después del cierre dispuesto por la circular regulatoria.

Sin embargo el resultado del 0.95 en la ejecución del plan de Desarrollo Institucional y por ende el cumplimiento de 38 metas, es producto de la implementación de los procesos de mejoramiento continuo enmarcados en la filosofía de la excelencia en la prestación de los servicios de salud; así como también al seguimiento y evaluación como una práctica sistemática y proactiva de la gestión institucional; acciones que han permitido conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en el marco estratégico.

Se anexa Informe del responsable de planeación de la E.S.E.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

AREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

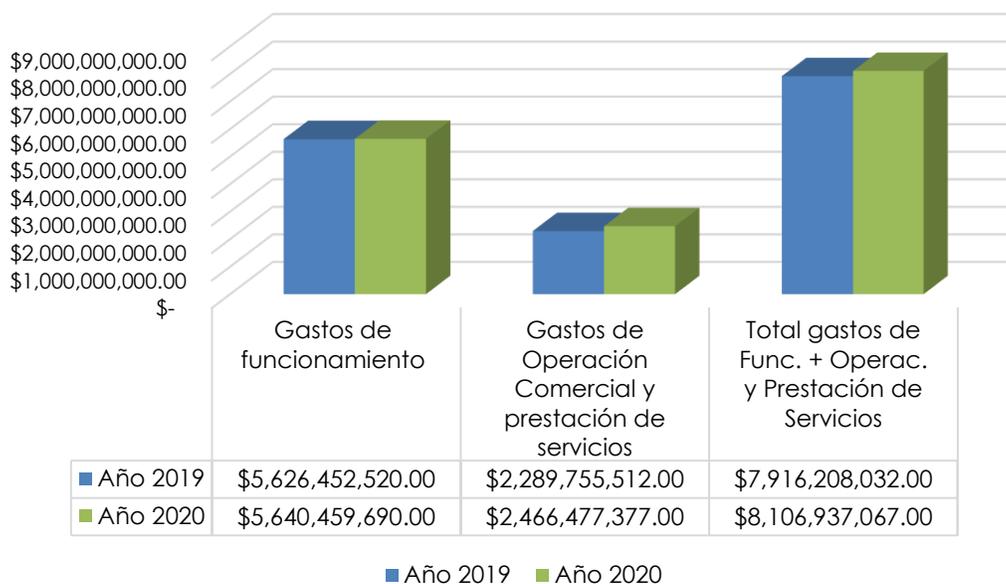
Indicador No. 5	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida.		
Formula:	$\left(\frac{\text{Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación}}{\text{Numero de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación}} \right) / \left(\frac{\text{gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior}}{\text{Numero de UVR producidas en la vigencia anterior}} \right)$		
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	< 0, 90		
Estándar meta institucional año 2020:	1.6		
Resultado:	Año 2019	Año 2020	Resultado
	16,947.19	27,777.67	1.6
	Fuente: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social		

DESCRIPCIÓN	2019	2020
Gastos de funcionamiento comprometido	5.626.452.521	5.640.459.690
Gastos operación comercial y prestación de servicios comprometido	2.289.755.512	2.466.477.377
TOTAL GASTOS FUNC. Y OPERAC.	7.916,208.033	8.106.937.067
UVR	467.110,43	291,850.89
TOTAL GASTOS FUNC. + OPERAC Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS / UVR	16.947,19	27,777.67

Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	$= \frac{27,777.67}{16.947,19} = 1,6$
--	---------------------------------------

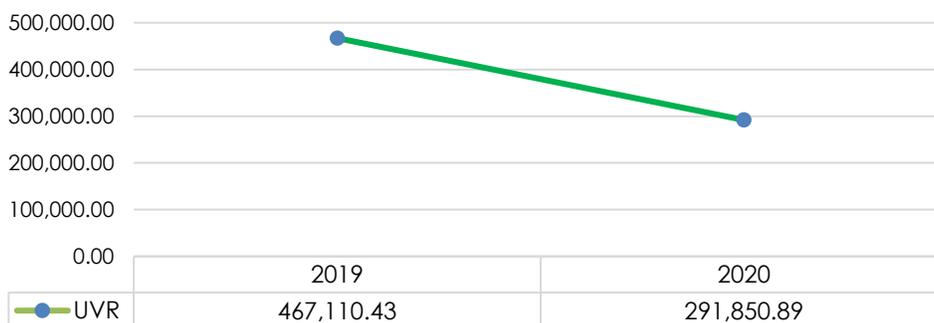
Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

COMPARATIVO GASTOS DE FUNCIONAMIENTO Y GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS 2019-2020



Fuente: Plataforma SIHO

Unidad de Valor Relativo Producida 2019-2020



Fuente: Ficha Técnica SIHO

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Los Gastos de funcionamiento están conformados por: 1) los Gastos de personal tanto administrativo como asistencial, contribuciones inherentes a la nómina y servicios personales indirectos, y 2) los gastos generales. Estos ascendieron en el año 2019 a \$5.626.452.520 y en el año 2020 a \$ 5.640.459.690, presentando un incremento del 0.24% que equivale a \$ 14.007.170, esto como resultado de la política de austeridad del gasto implementada en la entidad; sin embargo es importante anotar que la entidad garantiza la prestación de servicios con el personal requerido,

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, los cuales para la vigencia 2019 ascienden a la suma de \$ 2.289.755.512 y para la vigencia 2020 \$2.466.477.377 con un incremento del 7.71% que corresponde a la suma de \$176.721.865, teniendo en cuenta que se requiere un mayor flujo de recursos para afrontar la emergencia sanitaria por COVID-19, garantizando la capacidad instalada, el recurso humano y los elementos necesarios para la prestación de servicios de la ESE. En cuanto a la producción se muestra para la vigencia 2020 una disminución de 175.259.54 UVR, evidenciando la disminución en las actividades teniendo en cuenta las medidas que se adoptaron en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica con la declaración de emergencia sanitaria, generando limitantes para la prestación de los servicios de salud que oferta la institución, con el agravante de que las EAPBs no están contratando la totalidad de los servicios ofertados sin tener en cuenta la integralidad de servicios

Ante la preocupación por la disminución en producción, aunado con un costo y gasto superior al año inmediatamente anterior debido al incremento significativo en los gastos de operación comercial y de prestación de servicios para la adquisición de elementos de protección personal acorde a los lineamientos establecidos por el Ministerio, Salud Sogamoso ESE ajustó el Modelo de Atención y Prestación de Servicios establecido por la institución, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de los usuarios y acorde a lo establecido en los diferentes documentos técnicos de prestación de servicios emitidos por el Ministerio de Salud y Protección social, en el marco de la emergencia sanitaria por el "SARSCoV" COVID-19; lo anterior teniendo en cuenta que el Modelo de

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

atención en Salud define el marco de referencia para las políticas, esfuerzos y recursos requeridos para alcanzar la misión, visión y objetivos institucionales; para esto se tuvieron en cuenta los diversos documentos aprobados del Sistema Integrado de Gestión, como son el Manual de Calidad, Mapa de Procesos, Mapa de Riesgos, procesos y procedimientos documentados, Plan de Desarrollo, entre otros, todos enmarcados en el Mejoramiento Continuo que desarrolla la Institución y centrados en el usuario y su familia.

La institución gestiona ante las diferentes EAPB presentes en el municipio la contratación de servicios de salud para los usuarios, para lo cual se presentó propuestas de prestación de servicios, realizando diferentes reuniones de acercamiento entre las entidades con el fin de obtener acuerdos de voluntades para la prestación de servicios entre las partes, buscando la integralidad en la atención como pilar fundamental para Salud Sogamoso ESE.

La entidad enmarcada dentro del contexto de la pandemia por Covid-19 y en cumplimiento de la normatividad vigente, formula y viene ajustando el plan de contingencia instaurado el cual ya se encuentra en la versión N° 9, estableciendo las acciones a desarrollar por la entidad con el fin de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, además la detección y diagnóstico del Covid - 19 en los usuarios de la entidad y en convenio con Secretaria de Salud Local a la población vulnerable sin capacidad de pago residente en el Municipio; Las acciones específicas se enuncian a continuación:

- Se capacita al personal asistencial acerca de la normatividad vigente, lineamientos emitidos por Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Secretaria de Salud Departamental y Secretaria de Salud Municipal.
- Se fortalece la atención preferencial garantizando estancias más cortas en la entidad para evitar aglomeraciones.
- Apertura de un consultorio de vacunación con el fin de dar agilidad a la prestación del servicio evitando aglomeraciones.
- Se amplía el número de horas asignadas a consulta prioritaria y horario de consulta prioritaria del día sábado

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

- Se continua y fortalece la atención extramural: Unidad móvil y periféricas con el fin de evitar aglomeraciones en nuestras sedes principales y desplazamientos de usuarios del sector rural: Equipo conformado por: Medico, odontólogo, auxiliar de enfermería, enfermera, Regente de farmacia quien entrega medicamentos (paciente crónicos con formula y tratamientos otras patologías crónicas, de detección temprana y protección específica y de morbilidad general), atención consulta médica prioritaria, vacunación, planificación, control a gestantes.
- Se cuenta con asignación de vehículos (camionetas) de la empresa para realizar desplazamiento a equipos de atención domiciliaria, personal de servicios generales y equipo de periféricas
- Se continúa con la medida preventiva a través del control de acompañantes, en especial el no traer menores o adultos mayores a la institución resaltando la responsabilidad de los cuidadores sobre los riesgos que se asumen y posibles afectaciones de salud.
- Se continúa con la atención odontológica según lineamientos nacionales, es decir brindando atención en este servicio en caso de urgencia y atención prioritaria
- La empresa se reinventa para poder llegar a la población más vulnerable a través de las modalidades de Teleconsulta, Telemedicina (Piloto Salud Tools), Teleorientación, información y educación a través de redes sociales y plataformas digitales como zoom y Skype; seguimiento a través de llamada telefónica a los usuarios de vacunación, mayores de 60 años, crónicos, pacientes con tratamiento para tuberculosis y pacientes VIH, donde también se realiza la conformación de un equipo de profesionales para la priorización de pacientes a ser atendidos bajo la modalidad de atención domiciliaria según criterio Medico (Crónicos no controlados – gestantes y adulto mayor de 70 años), a los cuales también se les realiza la entrega de medicamentos en el domicilio, con las EAPB con quienes se tiene contrato, con las que no se cuenta con acuerdo de voluntades se remite el listados de usuarios (gestantes, crónicos no controlados, EPOC y mayores de 70 años) para que a través de su prestador realicen visita domiciliaria.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

- Se da continuidad en la asistencia para consulta programada y seguimiento a población adulta mayor de Hogar San Antonio y Asilo Nuevo Amanecer, con la entrega de medicamentos, coordinado con administradoras de las entidades.
- Para la población pobre no afiliada a ningún régimen de seguridad social se cuenta con contrato realizado con Secretaria de Salud Municipal para la toma de muestras para Covid-19
- Así mismo, previo al Ingreso a la entidad, se dispuso permanentemente de una auxiliar de apoyo, ubicada en la entrada principal de la ESE, quien es la encargada de realizar el proceso de higiene de manos y desinfección a colaboradores, usuarios, acompañantes y contratistas.
- Se intensifica la técnica correcta de lavado de manos en Usuarios y colaboradores, como mecanismo de prevención para evitar la propagación y contagio del COVID-19, en salas de espera y diferentes lugares de servicio y se verifica que los funcionarios tanto de las áreas administrativa como asistencial se laven las manos cada 3 horas.
- Se habilitan diferentes líneas para realizar la teleconsulta y teleorientación a los usuarios.
- Línea de atención Covid – 19: En aras de brindar orientación e información sobre atención en casos sospechosos de contagio con Covid – 19 se dispone de línea institucional numero 3174678140
- Línea de apoyo psicológico: la institución habilita la línea número 3174665192, para atención, orientación en casos de crisis emocional.
- Línea IAMII: Con el propósito de brindar acompañamiento, seguimiento, orientación y educación a nuestras gestantes se establece la línea de atención IAMII, a través de la línea numero 3176157169
- Se aumentaron las acciones de información, educación y comunicación con los usuarios a través de redes sociales, cartelera institucionales, cuñas radiales, pagina web www.saludsogamoso.gov.co para gestionar PQRSDF y/o a través de la oficina de atención al usuarios (SIAU), charlas y videos en salas de espera, que buscan sensibilizar a la población generando

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

autocuidado mediante el lavado frecuente de manos, el uso de tapabocas y el distanciamiento social; de igual manera en la asignación de citas, en cada atención y en las diferentes áreas se brinda orientación en prevención y manejo de Covid-19.

- En atención a la Pandemia Covid – 19, se realizaron Acuerdos de voluntades para prestación de servicios domiciliarios, toma de muestras específicas para COVID-19, con Nueva EPS y Comfamiliar; las demás EAPB, sin contratación de estos servicios pesa a que se presenta propuesta para prestación de servicios de atención domiciliaria.
- Se garantiza la disponibilidad de los equipos y medios tecnológicos, para el acceso remoto a equipos de cómputo a personal del área administrativo y asistencial para realizar trabajo en casa.
- Se elabora la Guía de elementos de protección personal para atender la contingencia Covid-19, donde se describen los Elementos de protección personal a utilizar por el personal de acuerdo al servicio prestado.
- De igual forma y con el fin de garantizar la protección de los colaboradores y sus familias, se realizar entrega de elementos de protección personal y se asignan las áreas para la colocación y retiro de EPP por parte del personal asistencial.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



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

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

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 para cada año (Res 408 de 2018):	≥0,7				
Estándar meta institucional año 2020:	0.7				
Resultado:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Año 2020</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> $\frac{\\$913.514.973,43}{\\$1.058.401.233,43}$ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">= 0.86</td> </tr> </table>	Año 2020	$\frac{\$913.514.973,43}{\$1.058.401.233,43}$	= 0.86	Fuente: 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
Año 2020					
$\frac{\$913.514.973,43}{\$1.058.401.233,43}$					
= 0.86					

Las adquisiciones totales por concepto de medicamentos y material médico quirúrgico de Salud Sogamoso ESE, en la vigencia 2020 fueron de \$1.058.401.233.43 de los cuales \$ 107.027.800.43 corresponden a adquisiciones de Material médico quirúrgico a través de cooperativas de empresas sociales del estado; \$ 806.487.173 corresponden a las adquisiciones de medicamentos por mecanismos electrónicos; así mismo \$ 2.284.000 conciernen a adquisiciones de

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

medicamentos por compra directa y \$ 142.602.260 de Material médico quirúrgico igualmente por compra directiva.

En este sentido el Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada a través de mecanismos electrónicos y cooperativas de empresas sociales del estado fue de \$913.514.973.43.

Se anexa Certificación suscrita por el revisor fiscal

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



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

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

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 para cada año (Res 408 de 2018):	Cero (0) ó variación negativa		
Estándar meta institucional año 2020:	Cero (0) ó variación negativa		
Resultado:	Año 2019	Año 2020	Resultado
	Cero (0)	Cero (0)	Cero (0)
	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		

Teniendo en cuenta que el talento humano es una pieza fundamental con la que cuenta la ESE que le permite facilitar su gestión, dado que este capital humano contribuye con su trabajo, dedicación y esfuerzo al cumplimiento de los objetivos estratégicos para alcanzar los resultados proyectados, la institución implementa políticas y acciones encaminadas a garantizar con oportunidad el pago por concepto de remuneración del trabajo para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación; es por ello que se realiza el seguimiento a los tiempos de establecidos para cada uno de los responsables en el trámite y pago de las cuentas a funcionarios, contratistas y proveedores, planteando de esta forma las acciones para mitigar posibles riesgos que puedan desviar del cumplimiento de la meta establecida.

Dadas las estrategias desarrolladas para la vigencia 2020, el 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 anterior fue de cero (0), para el mencionado periodo.

Se anexa certificación suscrita por el revisor fiscal

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



INDICADOR No. 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES- RIPS

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Indicador No 8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones- RIPS	
Formula:	Número 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 para cada año (Res 408 de 2018):	4	
Estándar meta institucional año 2020:	4	
Resultado :	Año 2020	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. .
	4	

Para la vigencia 2020 se presentaron a la Junta Directiva 4 informes del análisis de la prestación de servicios Salud Sogamoso ESE con base en RIPS. Los informes presentados corresponden a los periodos: primer trimestre, segundo trimestre, tercer trimestre, Periodo Octubre – Noviembre de 2020. Se anexa informe del área de planeación que detalla la información descrita.

Se anexa Informe del Responsable de Planeación de la E.S.E

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



INDICADOR No.9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

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 para cada año (Res 408 de 2018):	≥1		
Estándar meta institucional año 2020:	1		
Resultado:	Año 2020	Resultado	Fuente: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
	\$ 15.312.971.581	1.75	
	----- \$ 8.745.055.922		

Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	2019	2020
Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores)	11.971.982.941	15.312.971.581
Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido CxP de vigencias anteriores).	8.184.866.031	8.745.055.922
Resultado	1.46	1.75

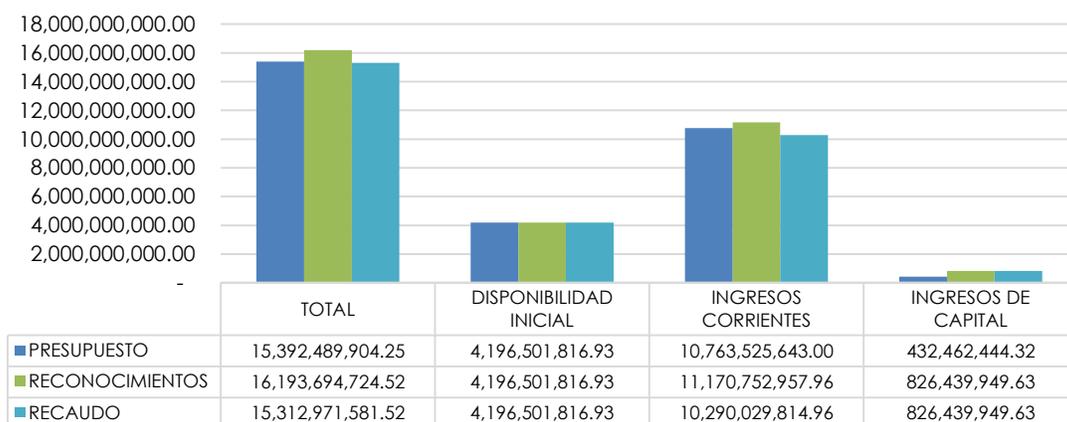
Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

Resultado equilibrio presupuestal con recaudo 2019-2020



Fuente: Ficha Técnica SIHO

Presupuesto de Ingresos 2020



Fuente: Ejecución Presupuestal 2020

El presupuesto de Ingresos está compuesto: 1) por la disponibilidad inicial de \$4.196.501.816,93, 2) los ingresos corrientes de los cuales se reconocieron \$11.170.752.957,96 y se recaudaron \$10.290.029.814,96, 3) Ingresos de capital de

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

los que se recaudaron \$826.439.949,63. El Total de Ingresos presupuestados ascendió a \$15.392.489.904,25, de los cuales se recaudaron \$15.312.971.581,52, con un porcentaje de recaudo del 99.48% frente a lo presupuestado.

La consecución de los recursos que ingresan a la empresa en desarrollo de su objeto social proviene de la venta de servicios de salud, este se ejecuta a través del recaudo de los ingresos que dan la garantía y el sostenimiento de la misión institucional que demanda la empresa.

El resultado del equilibrio presupuestal con recaudo para la vigencia 2020 fue de 1.75, lo cual indica que los gastos comprometidos fueron inferiores a los ingresos recaudados, permitiendo mostrar una buena gestión del recaudo y evidenciar la aplicación de los lineamientos establecidos en el Manual de cartera, para una adecuada administración de la misma, a través de las diferentes instancias de gestión: Cobro Persuasivo, Cobro Pre jurídico y Cobro Jurídico, agotando para este período el cobro persuasivo a través de la circularización de saldos y giro directo y cobro pre jurídico a través de la conciliación de extrajudicial en derecho entre los prestadores de servicios de salud, entidades responsables de pago y entes territoriales.

Como resultado de esta gestión, lo cual implica que el gasto presupuestado deberá ser congruente con los ingresos para garantizar el equilibrio fiscal en el largo plazo, se evidencia 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 gastos teniendo en cuenta el recaudo efectivo por venta de servicios, logrando con esto que los gastos sean proporcionales e inclusive menores que la capacidad de ingreso percibido por la ESE.

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: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



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.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

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	
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	Cumplimiento dentro de los términos previstos	
Estándar meta institucional año 2020:	Cumplimiento dentro de los términos previstos	
Resultado:	No cumple	Fuente: Superintendencia Nacional de Salud

De acuerdo a lo señalado en el documento denominado “Reporte de Indicadores de la Resolución 408 de 2018” expedido por la Supersalud, en el cual se tiene en cuenta para el Indicador No. 10, la oportunidad en el reporte realizado de los archivos FT025 (Reporte de Facturación Radicada) con periodicidad mensual, FT004 (Cuentas por Pagar – Acreedores) con periodicidad Trimestral, GT003 (Rendición de cuentas) con periodicidad anual, GT004 (Asociación o Alianza de Usuarios) con periodicidad anual y ST002 (Aplicación del Pamec) igualmente con periodicidad anual; el resultado del mismo como “No cumple”, se relaciona con la información del archivo FT025, el cual teniendo en cuenta las novedades de cargue, las multiplicidad de periodos a reportar y la plataforma que para este periodo se habilitó por la Superintendencia Nacional de Salud, generó en la profesional a cargo de su reporte una situación de confusión con respecto a la plataforma en que debía cargarse el mismo, realizándose correctamente un día después del cierre dispuesto por la circular regulatoria.

Se anexa documento expedido por la Superintendencia Nacional de Salud

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



**INDICADOR No. 11: OPORTUNIDAD EN EL
REPORTE DE INFORMACIÓN EN
CUMPLIMIENTO AL DECRETO 2193 DE 2004
COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8,
TITULO 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**

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Indicador No. 11:	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento al decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2 , Capitulo 8, titulo 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 para cada año (Res 408 de 2018):	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	
Estándar meta institucional año 2020:	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	
Resultado:	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Fuente : Ministerio de Salud y Protección Social

Conforme a lo establecido en el Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, Capitulo 8, titulo 3, parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 – Decreto único reglamentario del sector Salud y protección social, para el año 2019 se realizó el reporte de la información correspondiente al I, II, III y IV trimestre de 2020 dentro de los términos previstos.

Se anexa certificación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social respecto al reporte de información del año 2019 de que trata el decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2 , Capitulo 8, titulo 3, parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 – Decreto único reglamentario del sector Salud y protección social

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



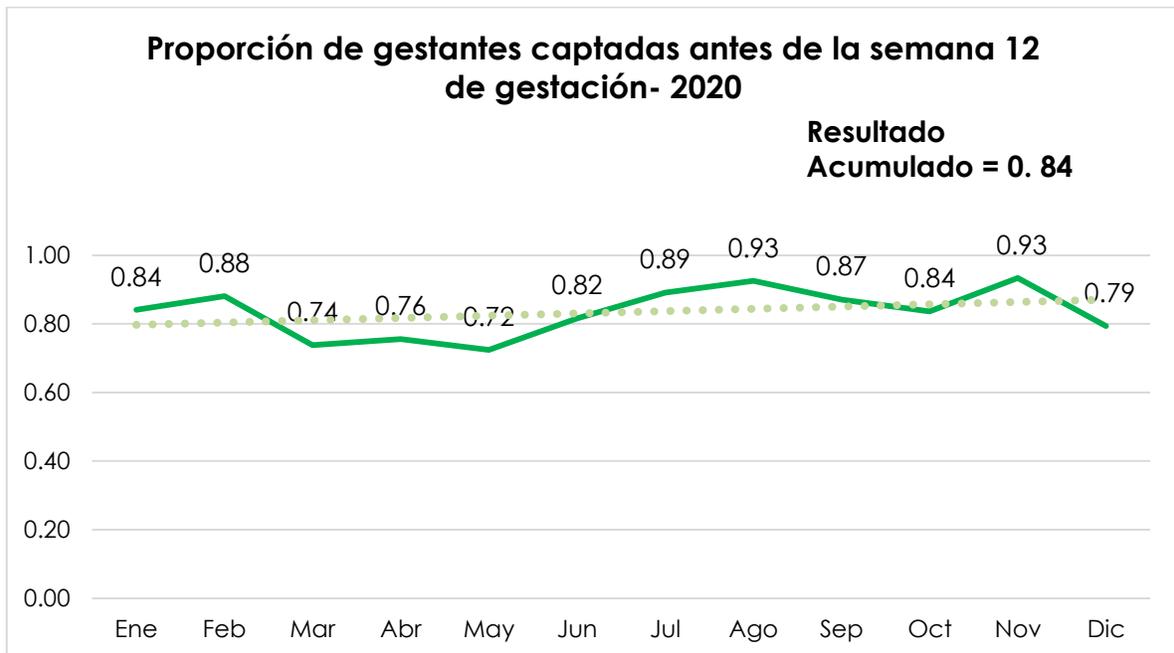
INDICADOR No 21: PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

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 médica 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 para cada año (Res 408 de 2018):	≥0.85	
Estándar meta institucional año 2020:	0.75	
Resultado:	Año 2020 438/ 524=0.84	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



Fuente: Informe comité de historias clínicas 2020

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Para la vigencia 2020, como se observa en la gráfica se cierra el año con un acumulado del 0.83 en la captación de gestantes antes de semana 12, que corresponde a 437 gestantes que se diagnosticaron con embarazo confirmado antes de la semana 12 de gestación en consulta médica de 524 identificadas; las restantes 87 corresponden a mujeres con captación e inicio de control prenatal posterior a dicha semana gestacional, principalmente por motivos asociados al desconocimiento de su condición y al temor de acceder a los servicios de salud por contagio por covid -19.

En este sentido la estrategia institucional de ingreso temprano al control prenatal “Los queremos Vivos, Los Queremos Sanos” constituyó una herramienta importante en el abordaje de la mujer en edad fértil; para lo cual se continua con el desarrollo de actividades encaminadas a optimizar la calidad de la atención de este grupo poblacional, que coadyuvé a reducir la morbimortalidad materno-perinatal; dentro de estas acciones están: continuidad en el seguimiento intra y extra institucional de gravindex positivos y negativos procesados por el laboratorio institucional y por Hospital Regional de Sogamoso y la Cruz Roja, presentando el análisis en comité IAMII, donde se establecen las respectivas acciones de mejora producto de las desviaciones encontradas; se continua con la canalización a las mujeres que desean quedar en embarazo en los próximos dos años hacia consulta Preconcepcional; así como también se continua seguimiento a mujeres inasistentes a consulta de planificación familiar.

De igual forma y dada la pandemia por covid -19, se establecieron estrategias enfocadas a garantizar el abordaje integral de este grupo poblacional, implementado diferentes modalidades de atención para gestantes tales como: tele consulta y atención domiciliaria garantizando la prestación de los servicios acorde a lo establecido en la resolución No. 521 de 2020.

Se anexa informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

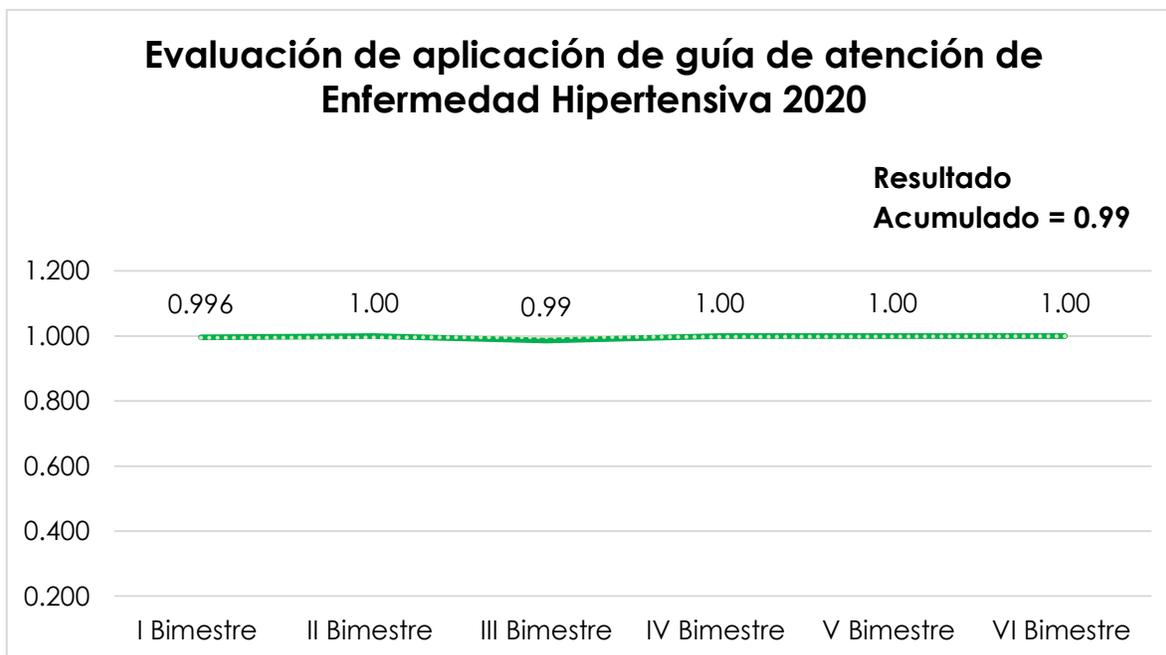


INDICADOR No. 23: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Indicador No. 23:	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	
Formula:	Número de historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación/ Total 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 para cada año (Res 408 de 2018) :	≥0.90	
Estándar meta institucional año 2020	0.90	
Resultado:	Año 2020	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
	0.99	



Fuente: Informe comité de historias clínicas 2020

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

El perfil epidemiológico institucional de la vigencia 2020 se caracteriza por el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles siendo las principales causas de morbilidad y mortalidad, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades metabólicas; es así que para el grupo de adultez (29- 59 años 11 meses y 29 días) y vejez (Mayor de 60 años), se observa como primera causa de morbilidad la hipertensión arterial primaria.

En este orden de ideas y dada la importancia de realizar un abordaje integral, atención oportuna y seguimiento constante a los pacientes con este diagnóstico, se realiza la medición de adherencia a la guía de práctica clínica de hipertensión arterial primaria adoptada por Salud Sogamoso ESE.

Así mismo en el marco de las medidas tomadas para la contención de la pandemia ocasionada por el coronavirus COVID-19 la institución transforma su Modelo de Atención y Prestación de Servicios de Salud, para lo cual fortalece modalidades de atención en salud que incluye la atención integral, oportuna y de calidad acorde a las necesidades de los usuarios, así como la continuidad de los tratamientos requeridos para el adecuado control de las patologías crónicas de base, y demás acciones orientadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, lo que conlleva a adaptar diferentes modalidades de atención de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente y a las condiciones particulares creadas por la epidemia; es así como mediante Resolución 521 del 28 de marzo de 2020, se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID-19, y cambian radicalmente los modelos de atención en la prestación de servicios, el cual determina y obliga a cumplir con las medidas y lineamientos de la fase de contención y mitigación en que se encontraba la pandemia donde la atención debía priorizarse a unos Grupos de Riesgo, entre los cuales se identifica la población con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles, siendo un grupo poblacional a priorizar con el fin de garantizar oportunidad, continuidad en la atención, por lo anterior se instauro y se fortalece en la entidad la modalidad de atención domiciliaria, por tele consulta, las cuales incluye: Toma signos vitales, identificación de cumplimiento de metas de tensión arterial, orientaciones sobre adherencia y continuidad de tratamiento,

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

información sobre hábitos de vida saludable, incluyendo buenas prácticas en salud mental, durante el aislamiento preventivo, identificación de signos de alarma y derivación para atención complementaria y toma de laboratorios de control cuando se requiera.

De igual forma y teniendo en cuenta el alto índice de morbilidad a causa de las enfermedades crónicas no transmisibles y preocupados por la salud y bienestar de nuestros usuarios y sus familias, se da continuidad al programa de atención al paciente crónico el cual contempla actividades, estrategias y lineamientos que buscan una mejor calidad de vida de la población atendida; a través de este programa la ESE busca promover estrategias individuales y grupales de estilos de vida saludables, que conlleven al auto-cuidado de cada individuo, bajo los lineamientos de la iniciativa corazones globales, ruta de riesgo cardiovascular, al mismo tiempo brindar atención oportuna para la detección temprana, el tratamiento, remisión y seguimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles. En este orden de ideas se rediseña el programa de atención al paciente crónico en atención a los lineamientos del orden nacional, departamental y municipal con ocasión a la emergencia sanitaria provocada por la pandemia por el COVID-19, brindando prioridad en atención en salud a este grupo priorizado e instaurando nuevas modalidades de atención que faciliten el acceso con oportunidad y fortaleciendo el seguimiento a estos pacientes para evitar complicaciones.

La grafica permite observar para la vigencia 2020 un comportamiento estable en la adherencia a la guía de práctica clínica de Hipertensión Arterial Primaria adoptada por Salud Sogamoso ESE, logrando un resultado acumulado en proporción de 0.99, para lo cual se analizaron 598 Historias Clínicas, de las cuales 596 cumplieron con los criterios de adherencia, dando cumplimiento a la meta establecida para el indicador; Lo anterior se logra por el sostenimiento de estrategias como: el seguimiento de la iniciativa corazones globales, como herramienta en la detección, tratamiento, seguimiento y control de la hipertensión arterial primaria; fomento de procesos educativos en prácticas de prevención que ayuden a reducir hábitos inadecuados relacionados con la alimentación, prácticas de higiene oral, reducción de contaminación y sedentarismo; Espacios de estudio con profesionales donde se socializa el

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

contenido de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial primaria de entre otras, lo que favorece la estandarización clínica de la atención en salud; retroalimentación de resultados de auditoría de Historias Clínicas con profesionales de medicina; las mesas de trabajo para analizar las desviaciones encontradas y la formulación de planes de mejora producto de los hallazgos identificados; y la adopción, continuidad y fortaleciendo de modalidades de atención que favorecen el acceso y oportunidad a grupos de riesgo priorizados. (HTA).

Se anexa informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

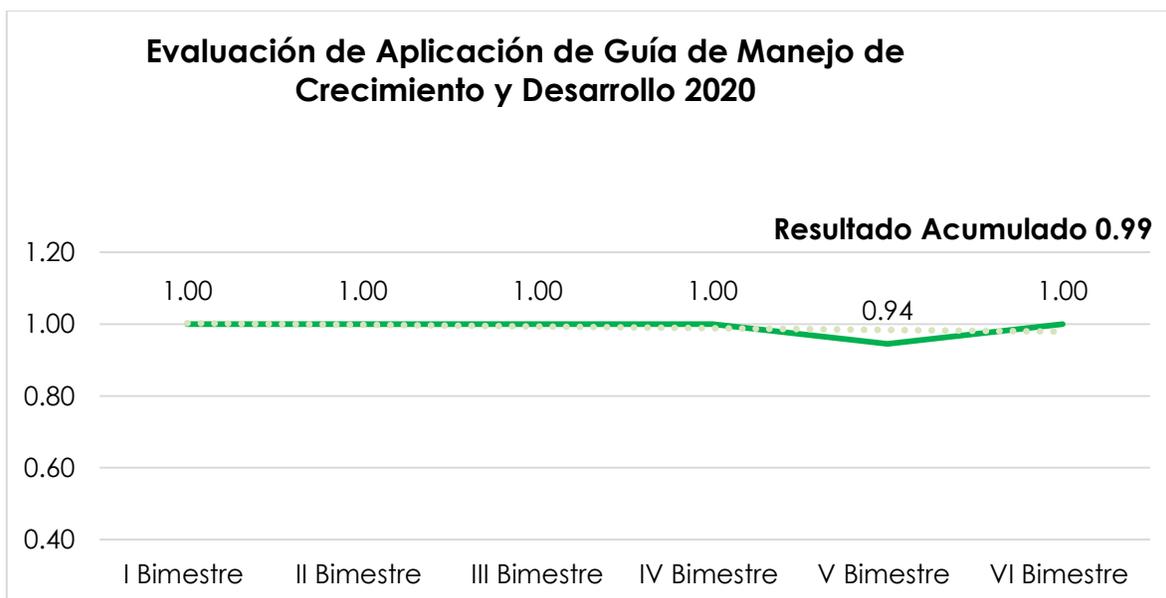


INDICADOR No. 24: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

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 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 para cada año (Res 408 de 2018):	≥0,80	
Estándar meta institucional año 2020	0.80	
Resultado:	Año 2020 0.99	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)



Fuente: Informe comité de historias clínicas 2020

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Teniendo en cuenta la importancia desde los distintos niveles de atención de promocionar el crecimiento y el desarrollo, así como detectar tempranamente y hacer el enfoque primario de alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años, se realiza la medición de adherencia a la guía manejo de crecimiento y desarrollo, donde para vigencia 2020 producto de esta medición a una muestra total de 438 historias clínicas, 437 de ellas obtuvieron una adherencia en proporción de 0.99 a la Guía de Crecimiento y Desarrollo.

El comportamiento y resultados de este indicador permiten observar la eficacia en el desarrollo de las estrategias institucionales encaminadas a brindar al personal de salud las herramientas que le permitan facilitar la detección de las condiciones relacionadas con el crecimiento y desarrollo, a través de auditorías, la retroalimentación de manera individual a cada uno de los profesionales sobre las auditorías realizadas y la continuidad en los estudios de caso que propenden por la autoevaluación y afianzamiento de conceptos.

Se anexa informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

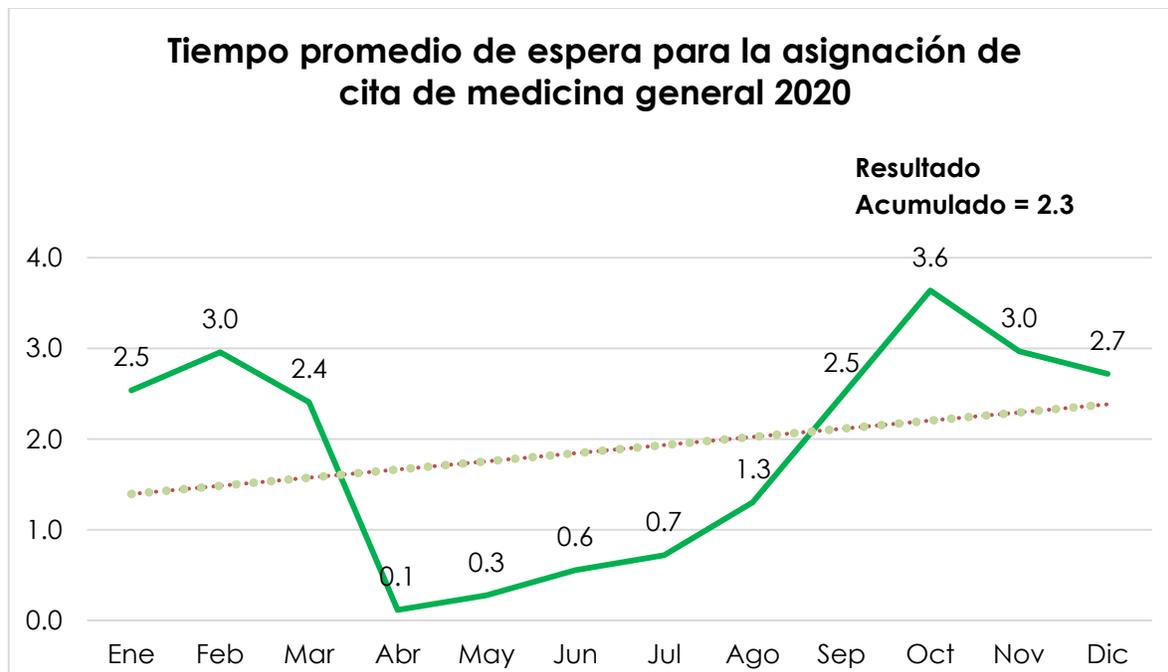


INDICADOR No. 26: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Indicador No. 26:	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	
Formula:	Sumatoria de la diferencia de días calendarios entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/ Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	≤ 3 días	
Estándar meta institucional año 2020:	≤ 3 días	
Resultado:	Resultado 2020	Fuente: Ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de salud y protección social (2)
	2.3	



Fuente : Informe tiempo promedio de medicina general 2020

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Como se observa en la gráfica anterior, el indicador de tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general por primera vez, presento un comportamiento variable durante la vigencia 2020; cerrando el periodo con un resultado de 2.3 días.

Este comportamiento se debe en gran medida a la declaración de emergencia sanitaria en todo el territorio nacional con ocasión a propagación del Covid-19, que genero un aislamiento preventivo obligatorio, limitando la libre circulación de personas y vehículos en el territorio nacional, con las excepciones previstas en la normatividad al respecto; aunado al temor por parte de los usuarios a solicitar atención presencial en instituciones de salud; presentando de esta manera periodos ocasionales de disminución a partir del mes de Marzo y hasta el Mes de Agosto de 2020.

Así mismo a partir del mes de septiembre se muestra un incremento en la demanda de los servicios producto de las medidas tomadas por el gobierno nacional respecto a la circulación de las personas y flexibilidad de las medidas de control.

Así las cosas institución facilito los procesos de asignación de citas a los usuarios a través de la disponibilidad permanente de los diferentes medios instaurados para solicitud de acceso a servicios tales como atención presencial, call center, líneas de atención para grupos específicos (línea COVID-19, atención psicológica, línea IAMII) y redes sociales, lo que permitió dar respuesta de una manera oportuna, integral y resolutive a las necesidades de salud de la población, así como la disminución de barreras en el acceso de los servicios.

No obstante a lo anterior se debe considerar que una vez se controle la pandemia se espera incremento en la demanda en la solicitud de acceso a los servicios de atención en salud situación que puede alterar el tiempo promedio de espera para la asignación de citas médicas u odontológicas.

Elaborado por: ANGIE CATHERINE SOLER PIRABAN	Revisado por: DIANA PATRICIA PEREZ CARDENAS	Aprobado por JUNTA DIRECTIVA
PU PLANEACION	PE CALIDAD	JUNTA DIRECTIVA