

ACTA No 002 DE 20 DE ABRIL DE 2023

Siendo las 10:10 a.m. del 20 de abril de 2023 se reunieron en las instalaciones del Auditorio de la ESE Hospital José Antonio Socarrás Sánchez del municipio de Manaure Cesar, los integrantes de la Junta Directiva de la ESE Hospital José Antonio Socarrás Sánchez, con el fin de realizar el ejercicio de evaluación de la gestión de la gerente de la entidad hospitalaria durante la vigencia 2022, tal como lo dispone la resolución 408 de 15 de febrero 2018.

ORDEN DEL DÍA

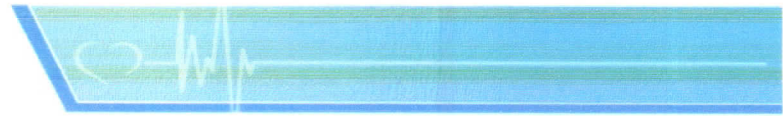
1. saludo y bienvenida por parte de la Gerente
2. Llamado a lista y Verificación del quórum
3. Exposición del Informe de Gestión y evaluación
4. Propositiones y varios

DESARROLLO DE LA REUNION

1. SALUDO Y BIENVENIDA

La Dra. YURAINYZ FLOREZ MEZA, Secretaria de Salud Municipal saluda y da la bienvenida a los miembros de la Junta directiva y agradece su asistencia a la convocatoria que tiene como finalidad revisar, analizar y evaluar la Gestión de La Gerente de la ESE durante la vigencia 2022 y reconocer públicamente la incansable labor que ejerce por el bienestar de la única Institución de Salud de nuestro municipio, doy paso a la Dra Dairis para que explique a la Junta su informe de gestión, el cual desarrollaremos por cada indicador. Además, elegir una Secretaria ADHOC, toda vez que quien funge con este Rol es la Gerente y no puede en el desarrollo de esta reunión cumplir esta función por la idoneidad y transparencia frente al proceso, quedando designada la Doctora YURAINYZ FLOREZ MEZA, ya que, para las sesiones de valoración de la gestión y resultados del Director o Gerente, podrá designarse secretario





Ad-hoc, en el caso en que el secretario sea el Director o Gerente de la entidad.

2. LLAMADO A LISTA Y VERIFICACIÓN DEL QUORUM

Procede la Secretaria a realizar el llamado a lista se advierte la asistencia de los miembros de la junta directiva de la E.S.E. Hospital José Antonio Socarrás Sánchez.

Se llama a lista a los miembros de la Junta directiva:

Elixander Lemus Navarro (PRESIDENTE Delegado): presente

Yurainyz Florez Meza (SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL): presente

Sandra Yaneth Castrillo Galvis (REP. AREA ADMINISTRATIVA ESE): presente

María José Fragozo Montesino (REP. AREA ASISTENCIAL ESE): presente

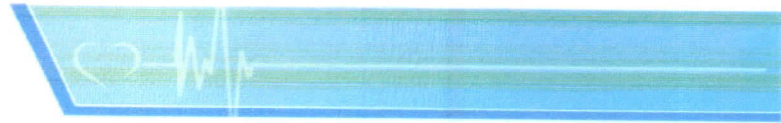
Wendy Rojano Orozco (REP. ASOCIACION DE USUARIOS): presente

Verificada la asistencia de los miembros de la Junta se procede a dar inicio a continuar con el orden del día, teniendo en cuenta que existe quórum deliberatorio y decisorio contando con la presencia de los cinco miembros.

3. INFORME DE GESTION Y EVALUACION la Gerente de la entidad hospitalaria José Antonio socarras Sánchez, Dra. Dairis Armenta Muegues inicia su intervención saludando a los respetados miembros de la junta directiva, informando que la presentación de la gestión de la vigencia 2022 se llevará a cabo según lo establecido en su plan de gestión conforme a la resolución 408 de 2018 y que se cumple con los plazos establecidos en la resolución 357 de 2008. La Resolución antes mencionada modifica la Resolución 743 de 2013, la cual: "adopta las condiciones y la metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones".

Conforme al artículo 2º de la Resolución 408 de 2018, el Plan de Gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado, contendrá los anexos de gestión y resultados relacionados con las condiciones y



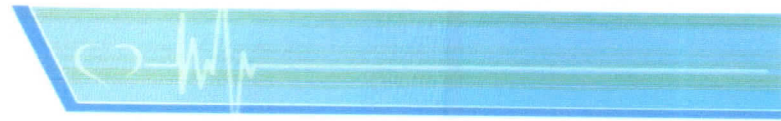


metodología para la presentación y evaluación del plan de gestión, los indicadores y estándares por áreas de gestión, el instructivo para la calificación, la matriz de calificación y la escala de resultados, desarrollando, como mínimo, las siguientes áreas de gestión:

- a) Dirección y Gerencia: Desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
- b) Financiera y Administrativa: Cumplimiento de logros estratégicos, tales como: equilibrio operacional; crecimiento y mantenimiento de la participación en el mercado; implementación del sistema de información enfocado a los procesos y resultados empresariales; desarrollo del sistema de control interno y seguimiento a los procesos de defensa judicial y el cumplimiento de las obligaciones laborales.
- c) Clínica o Asistencial: Informes del comité de historias clínicas y del comité de calidad

En este sentido la señora gerente de la E.S.E. explica las bases de su informe de gestión y evaluación, procede entonces a hacer un análisis detallado de los puntos requeridos por la normatividad vigente y las matrices de calificación que la misma resolución determina. La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado, desempeñará la función de evaluadora y para tal fin, dispondrá, tanto para las evaluaciones ordinarias como para las extraordinarias, el siguiente procedimiento:

- a) La Dirección o Gerencia y su equipo administrativo deberán preparar la información requerida de acuerdo con el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución y disponer de lo necesario para llevar a cabo el procedimiento de evaluación. Esto implica el diligenciamiento previo en las columnas correspondientes y resultado del período evaluado, anexando los soportes pertinentes de acuerdo a las fuentes de información dispuestas para ello.
- b) Cada miembro de la Junta Directiva procederá a calificar la gestión del Director o Gerente, de acuerdo con el instructivo de calificación



contenido en el Anexo 3, consignándolo en la respectiva columna de calificación.

c) La calificación asignada a cada ítem se multiplicará por el porcentaje de ponderación asignada y se sumarán todos los ítems para obtener la calificación obtenida.

d) Los miembros de Junta Directiva suscribirán la matriz de calificación contenida en la resolución y la entregará al presidente de la Junta Directiva. e) La calificación deberá ser aprobada en la respectiva acta. f) El presidente y el secretario de la Junta Directiva expedirán el acuerdo formalizando los resultados de la evaluación que para este caso fue elegida la Dra Yurainyz Florez como secretaria Ad Hoc. Se considerará INSATISFACTORIA cualquier nivel de calificación de la gestión y resultados inferior al 70%, es decir, cuando la calificación general obtenida se ubique en los rangos de entre 0.0 y 3.49 de la escala contenida en la matriz de calificación prevista en el Anexo 4, que hace parte integral de la presente resolución; la decisión que se adopte debe notificarse personalmente al Director o Gerente de la Empresa Social del Estado, la cual es susceptible del recurso de reposición, en los términos del artículo 50 del Código Contencioso Administrativo..." De esta manera la junta directiva en pleno procede a calificar la gestión de la señora gerente de la E.S.E. José Antonio Socarras Sanchez, de acuerdo a las tablas y matrices establecidas normativamente. Se da inicio con el análisis de los indicadores de gestión.

En lo que tiene que ver con el indicador de gestión y gerencia se analizan tres ítems, 1. Se califica el mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior, calificación de 3.0 (tres), esto dado que se llevó a cabo el proceso de autoevaluación y es la primera vez que se realiza y si comparamos el hospital con la excelencia que es la acreditación obviamente el resultado no va a ser el mejor, además el hospital desde el punto de vista de infraestructura no se han podido realizar construcción, ni adecuaciones, ni remodelaciones debido a que se encuentra un proceso de construcción de hospital nuevo, conforme al documento de RED aprobado en el año 2014, 2. Se califica la efectividad en la auditoria del programa para el



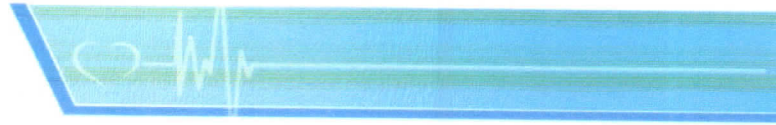
mejoramiento continuo de la calidad de atención al usuario obteniendo una calificación de 5.0 (cinco) puntos, ya que el PAMEC fue ejecutado e implementado para la actual vigencia, empezando por la autoevaluación, y generando planes de mejora de los criterios priorizados, de los cuales se despliegan los planes de acción y la auditorías internas realizadas, las cuales se cumplieron en un 98%, continuamos desarrollando e implementando procesos de mejora de la calidad. 3. Para finalizar este indicador se califica el último ítem que es la gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional, donde da una calificación de 5.0 (cinco), ya que del número de metas programadas se cumplió con el 98%. Por lo anterior se puede afirmar que la calificación obtenida global en el indicador de gestión y gerencia es de 13 sobre 3 arrojando un resultado del 4,3, dicho resultado se multiplica por el porcentaje de ponderación del mencionado indicador que corresponde al 20% de la calificación, conforme a las especificaciones establecidas en la resolución 408 de 2018.

En la gestión financiera y administrativa se analizan ocho ítems, 1. Riesgo fiscal y financiero, donde se califica la categorización de la ESE por parte del MSPS, en cuanto a la categorización del riesgo para el año 2022 No se aplicó porque la Resolución 856 estuvo vigente hasta el 30 de Junio de 2022, por lo que este ítems no puede ser evaluado, ya que como está redactado es solo para las entidades con riesgo medio o alto, por lo que su calificación (valor) será distribuidos a los 7 indicadores .

2. En cuanto a la evolución del gasto por unidad de valor relativo producida, se tiene en cuenta el gasto comprometido de la vigencia 2022 sobre el número de UVR producidas durante la misma vigencia, dato que se obtiene de la ficha técnica de la página del decreto 2193 de 2004, este resultado se divide nuevamente entre el gasto comprometido de la vigencia anterior, pero excluyendo las cuentas por pagar sobre las UVR producidas en el año 2019. Donde se obtiene un resultado 0,87 y una calificación de 5.0 (cinco).

3. Nuestro departamento no cuenta con cooperativas de empresas sociales del estado, y los medicamentos y materiales medico quirúrgicos de la ESE son adquiridos mediante convocatoria pública, donde se permite





que cualquier empresa que cumpla con los requisitos exigidos para contratar pueda presentar propuesta y luego seleccionar a aquella que favorezca a la institución en cuanto a los costos de los mismos, por lo que el resultado es 0, obteniendo una calificación de 0 (cero).

4. En el monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de planta y prestación de servicios y variación del monto frente a vigencia anterior, se toma el valor de la deuda al 31 de diciembre de 2022 superior a 30 días menos el valor de la deuda a 30 días por el mismo concepto vigencia anterior, en este punto la institución demuestra y certifica que a 31 de diciembre de 2022 la ESE registra deuda \$0 comparado con la vigencia 2021 la deuda fue por \$0 arrojando un resultado en cero (0), por lo que la calificación en este punto para la Doctora Dairis sería de 5.0 (cinco).

5. Con respecto a la utilización de información de registros individuales RIPS, se toman el número de informes presentados a la junta directiva para el nivel 1 mínimo perfil epidemiológico y tasa de uso de los servicios, se obtiene un calificación de 5.0 (cinco), ya que durante la vigencia se presentaron cuatro (4) informes correspondientes a la junta, teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico, las frecuencias de uso de los servicios y la evaluación de la población capitada que es atendida en la ESE.

6. El resultado del equilibrio presupuestal con recaudo, se toma el valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia 2022 sobre el total de los gastos comprometidos, arrojando un resultado de 1,01 indicando que por cada \$1 la ESE tiene \$1,01 para cubrir los gastos, por esta razón el resultado de la calificación para la gerencia es de 5 (cinco).

7. La oportunidad en la entrega del reporte de la circular Única de la Supersalud, es de un 100% para la vigencia 2022 indicando con ello el cumplimiento y el compromiso frente a la presentación de los informes, por lo que el resultado de la calificación para la gerencia es de 5 (cinco).



8. Con respecto a la oportunidad en el reporte de la información del 2193 de 2004, se tuvo un cumplimiento oportuno, por lo que se anexa certificación del envío de la información y también se puede verificar dicha información en la página del SIHO, por lo que el porcentaje de cumplimiento fue del 100% y el resultado obtenido para la gerencia de 5.0 (cinco). Se anexa certificación por parte del MSPS.

Por lo anterior se puede afirmar que la calificación obtenida global en el indicador de gestión financiera y administrativa fue de 25 sobre 7 arrojando un resultado de 3.571, dicho resultado se multiplica por el porcentaje de ponderación del mencionado indicador que corresponde al 40% de la calificación.

En la gestión clínica asistencia se analizan siete ítems,

1. En la proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación, se toma las gestantes con valoración médica y control prenatal menores de 12 semanas sobre el total de gestantes identificadas, lo que nos arroja un resultado de 91%, obteniendo una calificación de 5.0 (cinco), la gerente explica que las estrategias implementadas en la ESE han permitido ubicar rápidamente la población.

2. En la incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE no se presentó ningún caso, por lo anterior la calificación para la gerencia es de 5.0 (cinco).

3. En la evaluación de la aplicación de la guía de manejo de enfermedades hipertensas, se da una calificación de 5.0 (cinco), ya que el resultado es del 94% donde al momento de realizar las auditorías correspondientes se tomó como base la resolución número 3280 de 2018.

4. En la evaluación de la aplicación de la guía de crecimiento y desarrollo, se obtuvo una calificación de 5.0 (cinco), ya que se tuvo en cuenta la norma técnica de detección temprana del menor de 10 años según resolución número 3280 de 2018, demostrando que en la ESE se hace una aplicación estricta de la guía para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, con un resultado del 97% de aplicación.





5. Con respecto a la proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas, se anexa copia de los resultados de informes suministrados mediante Resolución 2193 de 2004 jefe de estadística donde el resultado nos arroja en 0,001 que es igual al número de consultas en el servicio de urgencias por la misma causa y el mismo paciente en menos de 72 horas sobre el total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias, lo que genera una calificación de 5.0 (cinco).

6. En el tiempo promedio de espera para la asignación de cita por medicina general, se tiene en cuenta la fecha en la cual el usuario solicita la cita por cualquier medio y la fecha para la cual se asignó la cita sobre el número total de consultas médicas asignadas en la institución, arrojando un resultado de 1,341 día, por lo que se obtiene una calificación de 5.0 (cinco).

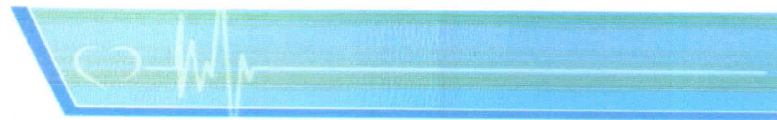
Por lo anterior se puede afirmar que la calificación obtenida global en el indicador de gestión clínica asistencial fue de 30 sobre 6 arrojando un resultado de 5, dicho resultado se multiplica por el porcentaje de ponderación del mencionado indicador que corresponde al 40% de la calificación

Tras casi dos horas de análisis, aplicación de fórmulas y tabulación de resultados, la junta directiva señala como calificación un cuatro coma sesenta y un puntos (4,61) determinada con margen satisfactorio. Teniendo en cuenta esta calificación los integrantes de la junta directiva de la E.S.E. Hospital José Antonio Socarras Sánchez, expresan verbalmente al Presidente delegado las bondades de la gerente de la institución, por las excelsas cualidades y capacidad de gestión mostradas.

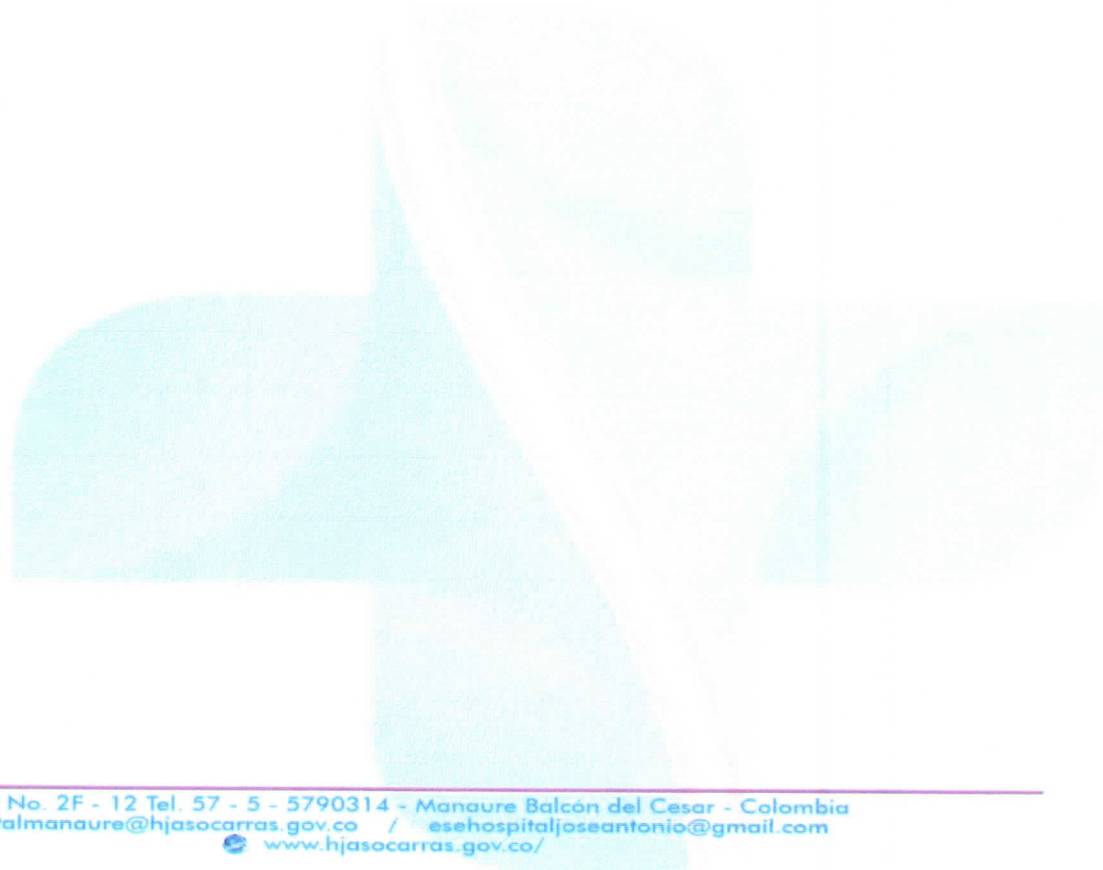
Se anexa matriz de indicadores y estándares por área de gestión.

4. PROPOSICIONES Y VARIOS:

PRESENTACION DEL INFORME DE ANALISIS DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE LA ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ (RIPS): Mediante el uso de diapositivas la gerente de la ESE hace la presentación de los registros individuales de prestación de servicios, mostrando un aumento



considerable para el I trimestre de la vigencia 2023 con relación a la vigencia inmediatamente anterior, y que debemos tener en cuenta que 2022, reflejando que las estrategias implementadas en la ESE fueron efectivas. Anexo presentación del informe I trimestre 2023:





POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO

EPS	POBLACION AFILIADA	PORCENTAJE
NUEVA EPS SUBSIDIADA	7.692	80%
NUEVA EPS CONTRIBUTIVA	510	5%
CAJACOPI EPS SUBSIDIADA	1.142	13%
CAJACOPI EPS CONTRIBUTIVA	20	0,2%
UT RED FOSCAL	185	1,8%
TOTAL	9.549	100%

AUMENTO DE AFILIADOS CON RELACIÓN A LA VIGENCIA 2023 DE 133 USUARIOS

ACTIVIDADES EJECUTADAS TRIMESTRE I 2022 & 2023

ACTIVIDAD	I TRIM 2022	I TRIM 2023	INCREMENTO	% INCREMENTO
Consulta por medicina general	2.930	4.098	1.168	16
Consulta de urgencias	1.423	1.481	58	2
Consulta odontologica	876	2.252	1.376	44
Exámenes de laboratorio	3.234	6.962	3.728	36
Exámenes radiológicos	384	413	29	4





PROGRAMAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

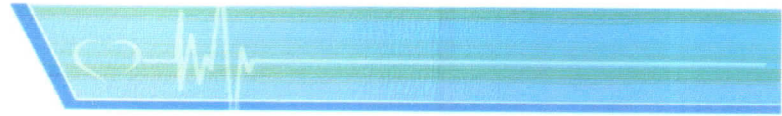
PROGRAMA DE P Y P	I TRIME 2022	I TRIME 2023	INCREMENTO	INCREMENTO
				%
ADULTO MAYOR DE 45 AÑOS	710	801	91	6
ATENCIÓN AL JOVEN	289	398	109	16
CRECIMIENTO Primera vez	72	81	9	6
Y DESARROLLO Seguimiento	403	876	473	37
PLANIFICACIÓN Primera vez	32	45	13	17
FAMILIAR Seguimiento	152	156	4	1
CONTROL Primera vez	35	22	-13	-23
PRENATAL Seguimiento	252	263	11	2
CONTROL DE PLACA	398	504	106	12
DE IARTRAJE	273	435	162	23
SELLANTES*	401	511	110	12
FLÚOR	437	802	365	29
CITOLOGÍA VAGINAL	191	816	625	62
AGUDEZA VISUAL	605	1005	400	25

MORBILIDAD I TRIMESTRE 2023

No	MORBILIDAD	EDAD EN AÑOS								TOTAL
		< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 15	16 a 30	31 a 45	46 a 80	> 80	
1	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	20	403	92	2	1	5	2	3	528
2	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	0	6	123	80	45	19	11	2	286
3	CEFALEA	0	2	1	34	72	102	20	8	239
4	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	0	2	13	26	51	34	42	45	213
5	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	12	46	12	45	12	45	32	204
6	LUMBALGIA	0	0	15	23	35	16	19	38	146
7	HERIDA EN PIEL	1	8	12	30	43	22	16	7	139
8	TRAUMATISMOS	3	34	17	32	28	10	5	5	134
9	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)				1	56	24	33	18	132
10	GINGIVITIS AGUDA	2	0	1	6	12	9	14	6	50

Una vez presentada la información de los registros de prestación de servicio de una forma clara y entendible los miembros de la junta directiva hicieron compromisos frente a la divulgación de los servicios que se prestan



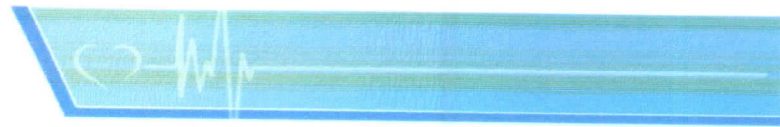


en la ESE y la manera oportuna en que se viene operando en cada uno de los servicios con el fin de generar confianza y oportunidad a los usuarios.

la Siendo las 12:50 m. se da por terminada la sesión y se firma por parte de los integrantes de la misma.

Dada en Manaure Balcón del Cesar-Cesar, a los veinte (20) días del mes de abril de 2023.



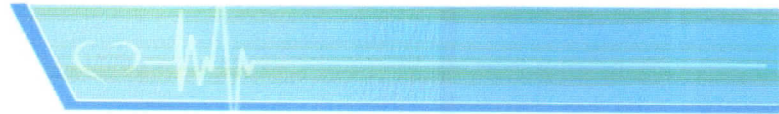


PLAN DE GESTION

INDICADORES Y ESTANDARES POR AREA DE GESTION

DIRECCION Y GERENCIA 20%				
INDICADOR	FORMULA INDICADOR	ESTANDAR POR AÑO	RESULTADO	CALIFICACION
1.1. Promedio de la calificación cuantitativa y cualitativa de la Autoevaluación para la acreditación.	Promedio calificación vigencia/ promedio calificación vigencia anterior	Mayor o igual a 1.20	AUTOEVALUACION REALIZADA EN LA VIGENCIA	3.0
1.2. Efectividad en la auditoria del programa para el mejoramiento continuo de la calidad de atención al usuario.	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ total de acciones programadas	Mayor o igual a 0.90	72/73 = 0,98%	5.0
1.3. Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional.	Numero de metas cumplidas/ número de metas programadas	Mayor o igual 0.90	48/49= 0,98%	5.0
CALIFICACION=13/3				4.3





FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%					
2.1. Riesgo fiscal y financiero	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de salud en cuanto a la categorización del riesgo	Categorizado sin riesgo	SIN RIESGO	0	
2.2. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	(Gasto comprometido en el año sin cuentas por pagar/ numero de UVR producidas en la vigencia) / (el gasto comprometido en la vigencia anterior en valores constante del año sin incluir cuentas por pagar/ numero de UVR producidas vigencia anterior)	Menor al 0.90	0.87	5.0	
2.3 Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante mecanismo de	Total de compras por estos mecanismos/ valor total de adquisiciones	Mayor o igual al 0.70	0	0	





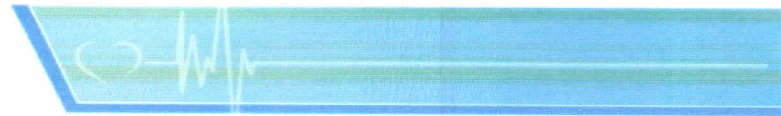
compras conjuntas con cooperativas de E.S.E y/o mecanismos electrónicos				
2.4. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de planta y prestación de servicios y variación del monto frente a vigencia anterior	Valor de la deuda con corte al 31 de diciembre de la vigencia (valor de la deuda superior a 30 días) - (valor de la deuda superior a 30 días por el mismo concepto en valores constantes	Cero o variación negativa	El resultado es cero (0)	5.0
2.5. Utilización de información de registros individuales RIPS	Numero de informes presentados a la junta directiva para nivel 1 mínimo perfil epidemiológico y tasa de uso de los servicios		4 (4/4)	5.0
2.6. Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de cuentas por	Mayor o igual 1.00	1,01	5.0





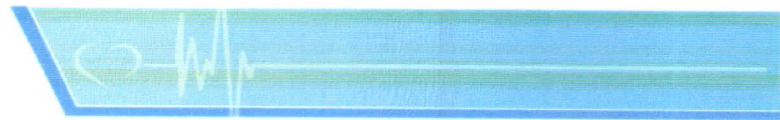
	pagar vigencias anteriores)/ valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar vigencias anteriores			
2.7. Oportunidad en la entrega del reporte de la circular 056 de la Supersalud.	Cumplimiento oportuno de los informes, en los términos de la normatividad vigente	Cumplimiento en los términos legales vigentes	Cumple 100%	5
2.8. Oportunidad en el reporte de la información del 2193 de 2004 o normas que lo sustituya	Cumplimiento oportuno en el término de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos legales vigentes	Cumple 100%	5.0
CALIFICACION: 25/7				3,57

GESTION CLINICA ASISTENCIAL 40%				
3.1. Proporción de gestantes captadas antes de la	Gestantes con valoración medica y control	Mayor o igual al 0.85%	0,91%	5.0



semana 12 de gestación	prenatal menores de 12 semanas/ total de gestantes identificadas			
3.2. Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la E.S.E	Numero de recién nacidos con sífilis congénita en la población atendida en la vigencia	0 casos	0 casos	5.0
3.3. Evaluación de aplicación de la guía de manejo de enfermedades hipertensas.	Numero de historias clínicas con aplicación de guía de manejo de enfermedad de hipertensos, adoptada por la ESE/ total de pacientes atendidos por la ESE en el periodo objeto de evaluación	Mayor o igual 0.90	0,94%	5.0
3.4. Evaluación de aplicación de guía de crecimiento y	Numero de historias clínicas de menores de 10 años con	Mayor o igual al 0.80	0,97%	5.0





desarrollo	aplicación de guía de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo/ número total de niños menores de 10 años a quienes se les atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE			
3.5. Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.	Número de consultas en el servicio de urgencias por la misma causa y el mismo paciente mayor de 24 y menor de 72 horas/ total de consulta de urgencias	Menor o igual al 0.03	0,001	5.0
3.6. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina	Fecha en la cual el usuario solicita la cita por cualquier	Menor o igual a 3	1,341 DÍA	5.0





general	medio y la fecha para la cual se le asigno la cita / número total de consultas medicas asignadas en la institución			
CALIFICACION: 30/6				5

MATRIZ DE CALIFICACION RESUMEN				
AREA GESTION	DE	% PONDERACION	DE RESULTADO POR AREA	RESULTADO FINAL
Dirección Gerencia	y	20%	4.3	0.9
Financiera administrativa	y	40%	3,571	1.7142
Gestión clínica o asistencial		40%	5	2
CALIFICACION EVALUACION GERENTE VIGENCIA 2022				4,61



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

Anexo No. 4
Matriz de calificación

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k*l
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas				0,05	
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior					
			Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior			3		0,15
Dirección y Gerencia 20%	2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud			5	0,05	0,25
			3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional			5
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II y III con categoriz de riesgo medio o alto	Riesgo fiscal y financiero			0	0,05	0
			5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)			5
	6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos 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			0	0,05	0
			7	Nivel I, II y III	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			5
	8	Nivel I, II y III	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS			5	0,05	0,25
	9	Nivel I, II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo			5	0,05	0,25
	10	Nivel I, II y III	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			5	0,05	0,25

✓

amp
#1

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado	
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k'l	
	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya			5	0,05	0,29	
	12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes			5	0,07		
Gestión Clínica o Asistencial 40%	13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida				0,05		
	14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de apendicectomía				0,05		
	15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual				0,05		
	16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)				0,05		
	17	Nivel II y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria				0,05		
	18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría				0,03		
	19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia				0,03		
	20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna				0,02		
	21	Nivel I	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación				5	0,08	0,4
	22	Nivel I	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE				5	0,08	0,4
	23	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva				5	0,07	0,35
	24	Nivel I	Evaluación de aplicación de Guía de manejo de crecimiento y desarrollo				5	0,06	0,3
	25	Nivel I	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas				5	0,05	0,25
	26	Nivel I	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general				5	0,06	0,3
27	Exclusivos mentales	Evaluación de aplicación de Guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE					0,10		
28	Exclusivos mentales	Evaluación de aplicación de guía para prevención de fugas en					0,10		

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k*l
			pacientes hospitalizados en la ESE					
	29	Exclusivo mentales	Evaluación de aplicación de Guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)				0,10	
	30	Exclusivo mentales	Oportunidad en la Consulta psiquiátrica				0,10	

Calificación: 4.61
 00
 Junio - Junio 2023
 ABRIL - 20 - 2023

AMD

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k'l
	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya			5	0,05	0,29
	12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes				0,07	
Gestión Clínica o Asistencial 40%	13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida				0,05	
	14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de apendicectomía				0,05	
	15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual				0,05	
	16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)				0,05	
	17	Nivel II y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria				0,05	
	18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría				0,03	
	19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia				0,03	
	20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna				0,02	
	21	Nivel I	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación			5	0,08	0,4
	22	Nivel I	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE			5	0,08	0,4
	23	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva			5	0,07	0,35
	24	Nivel I	Evaluación de aplicación de Guía de manejo de crecimiento y desarrollo			5	0,06	0,3
	25	Nivel I	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas			5	0,05	0,25
	26	Nivel I	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general			5	0,06	0,3
	27	Exclusivo mentales	Evaluación de aplicación de Guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE				0,10	
	28	Exclusivo mentales	Evaluación de aplicación de guía para prevención de fugas en				0,10	

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k*l
			pacientes hospitalizados en la ESE					
	29	Exclusivo mentales	Evaluación de aplicación de Guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)				0,10	
	30	Exclusivo mentales	Oportunidad en la Consulta psiquiátrica				0,10	

4.61

total 4,61

Wendy Rojas Orozco.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

Anexo No. 4
Matriz de calificación

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del período evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	e	f	g	h	i = g*h
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas				0,05	0,15
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior					
			Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior			3,0		
Dirección y Gerencia 20%	2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud			5,0	0,05	0,25
	3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional			5,0	0,10	0,50
	4	Nivel I, II y III con categoriz de riesgo medio o alto	Riesgo fiscal y financiero			0,0	0,05	0,0
Financiera y Administrativa 40%	5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)			5,0	0,05	0,25
	6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos 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			0,0	0,05	0,0
	7	Nivel I, II y III	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			5,0	0,05	0,25
	8	Nivel I, II y III	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS			5,0	0,05	0,25
	9	Nivel I, II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo			5,0	0,05	0,25
	10	Nivel I, II y III	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			5,0	0,05	0,25

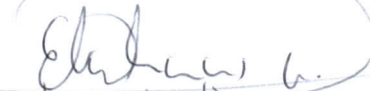
Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k'l
	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya			5,0	0,05	0,25
	12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes				0,07	
Gestión Clínica o Asistencial 40%	13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida				0,05	
	14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de apendicectomía				0,05	
	15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual				0,05	
	16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)				0,05	
	17	Nivel II y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria				0,05	
	18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría				0,03	
	19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia				0,03	
	20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna				0,02	
	21	Nivel I	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación			5,0	0,08	0,40
	22	Nivel I	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE			5,0	0,08	0,40
	23	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva			5,0	0,07	0,35
	24	Nivel I	Evaluación de aplicación de Guía de manejo de crecimiento y desarrollo			5,0	0,06	0,30
	25	Nivel I	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas			5,0	0,05	0,25
	26	Nivel I	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general			5,0	0,06	0,30
	27	Exclusivo mentales	Evaluación de aplicación de Guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE				0,10	
	28	Exclusivo mentales	Evaluación de aplicación de guía para prevención de fugas en				0,10	

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k*l
			pacientes hospitalizados en la ESE					
	29	Exclusivo mentales	Evaluación de aplicación de Guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)				0,10	
	30	Exclusivo mentales	Oportunidad en la Consulta psiquiátrica				0,10	

$\Sigma =$ 4,61


 Elixandra L. M.
 Sec. Planeación Mpal

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

Anexo No. 4
Matriz de calificación

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado				
a	b	c	d	l	j	k	l	m=k*l				
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas				0,05					
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior									
			Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior			3		0,15				
Dirección y Gerencia 20%	2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud			5	0,05	0,25				
			3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional			5	0,10	0,5		
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II y III con categoriz de riesgo medio o alto	Riesgo fiscal y financiero			0	0,05	0				
			5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)			5	0,05	0,15		
			6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos 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			0	0,05	0		
					7	Nivel I, II y III	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			5	0,05	0,25
					8	Nivel I, II y III	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS			5	0,05	0,25
			9	Nivel I, II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo			5	0,05	0,25		
			10	Nivel I, II y III	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			5	0,05	0,25		

✓

amp. 21

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k'l
	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya			5	0,05	0,29
	12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes				0,07	
Gestión Clínica o Asistencial 40%	13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida				0,05	
	14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de apendicectomía				0,05	
	15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual				0,05	
	16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)				0,05	
	17	Nivel II y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria				0,05	
	18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría				0,03	
	19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia				0,03	
	20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna				0,02	
	21	Nivel I	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación			5	0,08	0,4
	22	Nivel I	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE			5	0,08	0,4
	23	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva			5	0,07	0,35
	24	Nivel I	Evaluación de aplicación de Guía de manejo de crecimiento y desarrollo			5	0,06	0,3
	25	Nivel I	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas			5	0,05	0,25
	26	Nivel I	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general			5	0,06	0,3
	27	Exclusivo mentales	Evaluación de aplicación de Guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE				0,10	
	28	Exclusivo mentales	Evaluación de aplicación de guía para prevención de fugas en				0,10	

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k*l
			pacientes hospitalizados en la ESE					
	29	Exclusivo mentales	Evaluación de aplicación de Guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)				0,10	
	30	Exclusivo mentales	Oportunidad en la Consulta psiquiátrica				0,10	

Calificación final = 4,67

- Mansueto H
20/04/2023

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

Anexo No. 4
Matriz de calificación

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	l	j	k	l	m=k*l
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas				0,05	
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior					
			Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior			3		0,15
Dirección y Gerencia 20%	2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud			5	0,05	0,25
	3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional			5	0,10	0,5
	4	Nivel I, II y III con categoriz de riesgo medio o alto	Riesgo fiscal y financiero			0	0,05	0
Financiera y Administrativa 40%	5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)			5	0,05	0,5
	6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos 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			0	0,05	0
	7	Nivel I, II y III	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			5	0,05	0,29
	8	Nivel I, II y III	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS			5	0,05	0,29
	9	Nivel I, II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo			5	0,05	0,2857
	10	Nivel I, II y III	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			5	0,05	0,2857

✓

ama

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k*I
	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya			5	0,05	0,29
	12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes				0,07	
Gestión Clínica o Asistencial 40%	13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida				0,05	
	14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de apendicectomía				0,05	
	15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual				0,05	
	16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)				0,05	
	17	Nivel II y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria				0,05	
	18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría				0,03	
	19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia				0,03	
	20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna				0,02	
	21	Nivel I	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación			5	0,08	0,4
	22	Nivel I	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE			5	0,08	0,4
	23	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva			5	0,07	0,35
	24	Nivel I	Evaluación de aplicación de Guía de manejo de crecimiento y desarrollo			5	0,06	0,3
	25	Nivel I	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas			5	0,05	0,25
	26	Nivel I	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general			5	0,06	0,3
	27	Exclusivo mentales	Evaluación de aplicación de Guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE				0,10	
	28	Exclusivo mentales	Evaluación de aplicación de guía para prevención de fugas en				0,10	

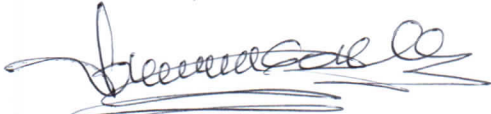
✓

01012 R

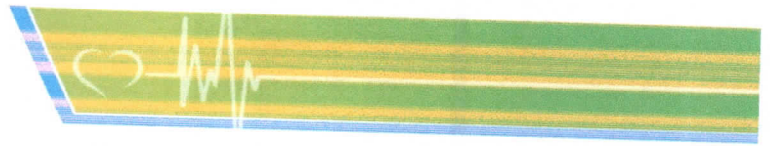
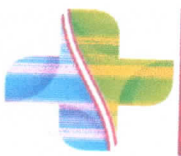
Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k*l
			pacientes hospitalizados en la ESE					
	29	Exclusivo mentales	Evaluación de aplicación de Guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)				0,10	
	30	Exclusivo mentales	Oportunidad en la Consulta psiquiátrica				0,10	

Calificación: 4,61



Abril 20 2023.



EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO
DE LA E.S.E HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ,
del municipio de Manaure Balcón del Cesar

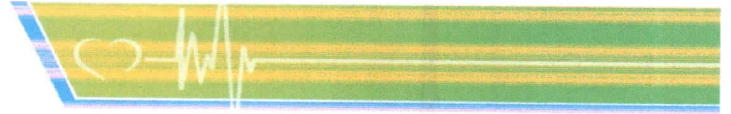
CERTIFICA:

Que, durante la vigencia 2022 la Gerencia presentó ante la Junta Directiva cuatro (4) informes, uno por cada trimestre referentes al análisis de la prestación de servicios de la E.S.E HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ con base en los RIPS de la vigencia, este informe contiene la caracterización de la población capitada, las primeras causas de morbilidad y la frecuencia de uso de los servicios, esta información fue verificada en cada una de las actas de reunión que se relacionan a continuación:

1. Acta N° 002 del 20 de abril de 2022 (Primer trimestre 2022)
2. Acta N° 003 del 18 de agosto de 2022 (Segundo trimestre 2022)
3. Acta N° 004 del 17 de noviembre de 2022 (Tercer trimestre 2022)
4. Acta N° 001 del 04 de Enero de 2023 (Cuarto trimestre 2022)

Dada en Manaure Balcón del Cesar, a los veinticuatro (24) días del mes de marzo de 2023.

RAFAEL FELIPE MEJIA GUERRA



EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO
 DE LA E.S.E HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ,
 del municipio de Manaure Balcón del Cesar

CERTIFICA:

Que, la gestión de la ejecución del Plan Operativo Anual de la vigencia 2022 de acuerdo a las condiciones emitidas en la Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, corresponde a:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	VALOR	RESULTADO
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas	48	0,98%
	Número de metas del Plan Operativo Anual programadas	49	

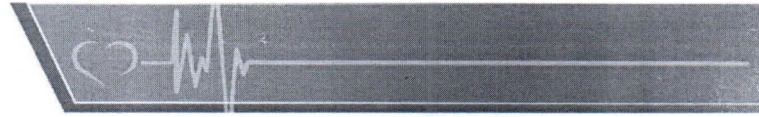
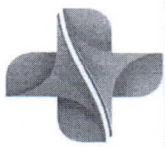
Dada en Manaure Balcón del Cesar, a los veinticuatro (24) días del mes de marzo de 2023.



RAFAEL FELIPE MEJIA GEURRA

*David
 David A.
 marzo 27 2023*





LA SUSCRITA AUDITORA DE CALIDAD DE LA ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ DEL MUNICIPIO DE MANAURE – CESAR

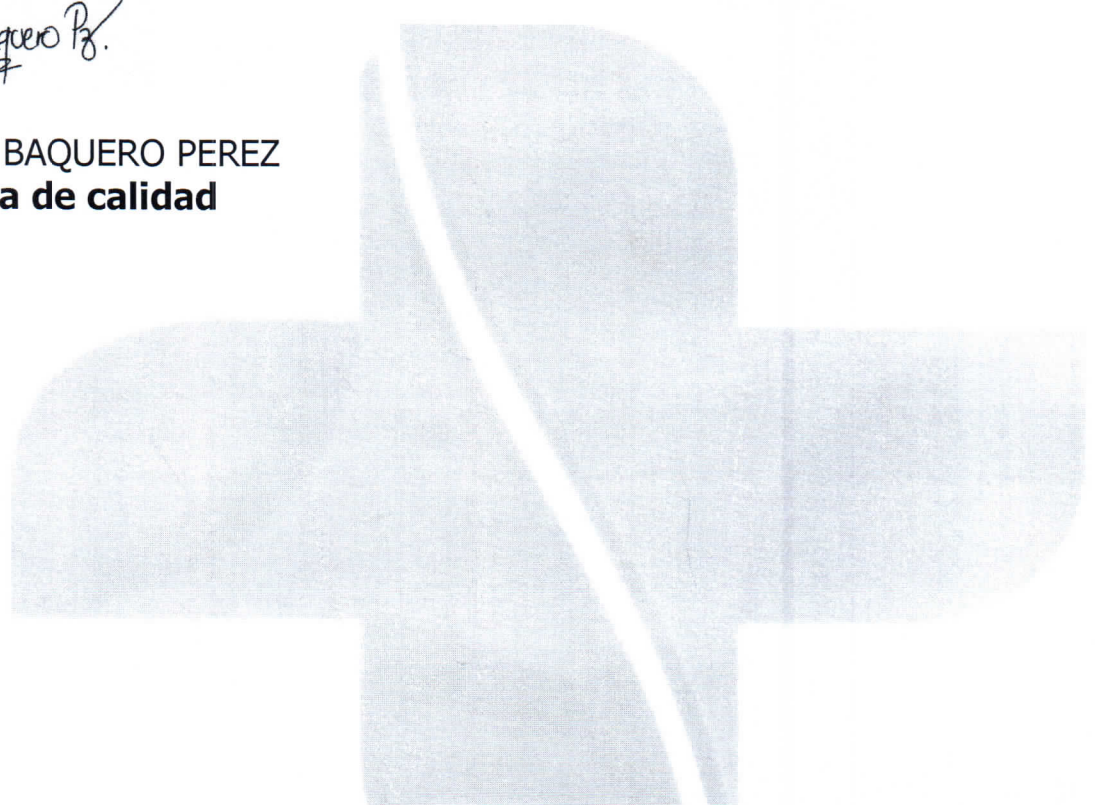
CERTIFICA

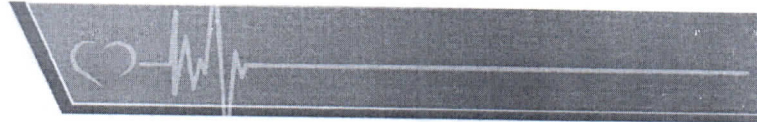
Que la **ESE Hospital José Antonio Socarras Sánchez del municipio de Manaure – Cesar**, realizó autoevaluación con base en los estándares de acreditación durante el tiempo comprendido entre Junio-Agosto de 2022 basados en la resolución 3100 de 2019, para el mejoramiento de la calidad.

Esta certificación se expide en el municipio de Manaure – Cesar a los veinticuatro (24) días del mes de marzo de 2023.

Diana S. Baquero Pz.

DIANA SOFIA BAQUERO PEREZ
Coordinadora de calidad



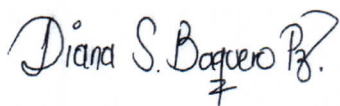


LA SUSCRITA AUDITORA DE CALIDAD DE LA ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ DEL MUNICIPIO DE MANAURE – CESAR

CERTIFICA

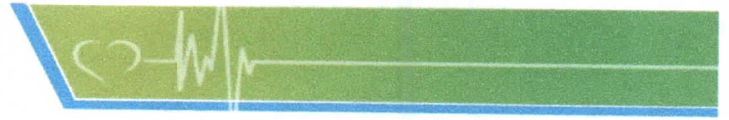
Que la **ESE Hospital José Antonio Socarras Sánchez del municipio de Manaure – Cesar**, ejecutó 72 acciones de mejoras frente a 73 acciones de mejora priorizadas y programadas derivadas de los planes de mejora de las auditorias registradas en el PAMEC durante la vigencia 2022

Esta certificación se expide en el municipio de Manaure – Cesar a los veinticuatro (24) días del mes de marzo de 2023.



DIANA SOFIA BAQUERO PEREZ
Coordinadora de calidad



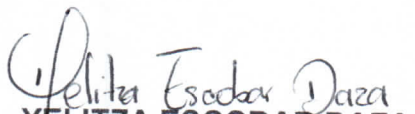


LA SUSCRITA CONTADORA DE LA
E.S.E. HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ
DEL MUNICIPIO DE MANAURE, DEPARTAMENTO DEL CESAR

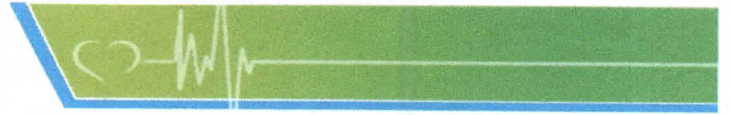
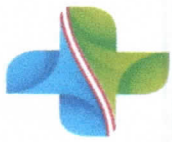
CERTIFICA,

Que durante la vigencia 2022 la ESE no fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en Riesgo fiscal y financiero debido a que la resolución 856 del 29 de mayo del año 2020 estuvo vigente hasta el 30 de junio de 2022.

Se expide en el municipio de Manaure Cesar a los veintisiete (27) días del mes de marzo de 2023, como soporte para la evaluación del Plan de Gestión de la vigencia 2022.


YELITZA ESCOBAR DAZA
Contadora ESE





LA SUSCRITA CONTADORA Y EL JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE LA
E.S.E. HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ
DEL MUNICIPIO DE MANAURE, DEPARTAMENTO DEL CESAR

CERTIFICAN,

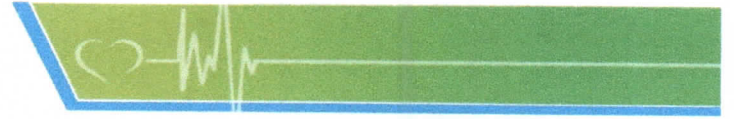
Que durante la vigencia 2022 en la ESE Hospital José Antonio Socarras Sánchez no hubo adquisición de medicamentos y material médico-quirúrgico realizada mediante mecanismos de compras conjuntas ni a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos.

Dada en Manaure Balcón del Cesar, a los veintisiete días del mes de marzo de 2023


YELITZA ESCOBAR DAZA
Contadora ESE


RAFAEL FELIPE MEJIA GUERRA
Jefe oficina Control Interno





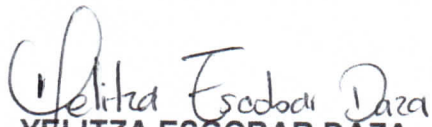
LA SUSCRITA CONTADORA DE LA
E.S.E. HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ
DEL MUNICIPIO DE MANAURE, DEPARTAMENTO DEL CESAR

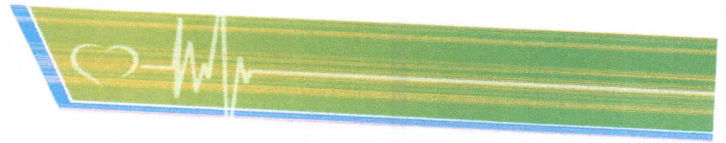
CERTIFICA,

La evolución del gasto por Unidad de valor relativo producida comparativa vigencia 2022 y 2021 es de 0.87, teniendo en cuenta que el gasto de funcionamiento, la operación comercial y prestación de servicios por Unidad de Valor Real de la vigencia 2022 fue de 19.712,60 y para la vigencia 2021 fue de 22.419,21.

$19.712,60 / 22.419,21 = 0.87$

Se expide en el municipio de Manaure Cesar a los veintisiete (27) días del mes de marzo de 2023, como soporte para la evaluación del Plan de Gestión de la vigencia 2022.


YELITZA ESCOBAR DAZA
Contadora ESE



LA SUSCRITA CONTADORA DE LA
E.S.E. HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ
DEL MUNICIPIO DE MANAURE, DEPARTAMENTO DEL CESAR

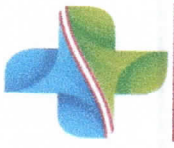
CERTIFICA,

Para la vigencia 2022 el monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta es de cero y por concepto de contratación de servicios personales indirectos mayor a treinta días el monto es cero.

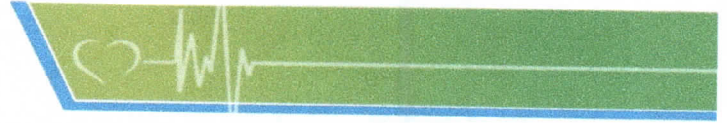
Al comparar los mismos datos con la vigencia 2021 el monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta es de cero y por concepto de contratación de servicios personales indirectos mayor a treinta días el monto es cero

Se expide en el municipio de Manaure Cesar a los veintisiete (27) días del mes de marzo de 2023, como soporte para la evaluación del Plan de Gestión de la vigencia 2022.


YELITZA ESCOBAR DAZA
Contadora ESE



E.S.E HOSPITAL
JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ
MANAURE - CESAR
Con humildad más cerca de ti.



LA SUSCRITA CONTADORA DE LA
E.S.E. HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ
DEL MUNICIPIO DE MANAURE, DEPARTAMENTO DEL CESAR

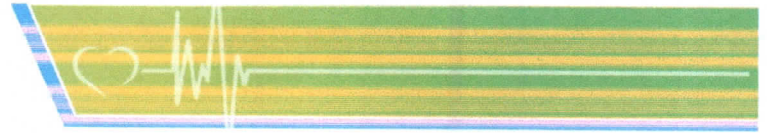
CERTIFICA,

Que el Resultado equilibrio presupuestal con recaudo de la vigencia 2022 es de 1,01 de acuerdo a los lineamientos de la citada resolución 408 de 2018 en el indicador N° 9 del anexo 2.

Se expide en el municipio de Manaure Cesar a los veintisiete (27) días del mes de marzo de 2023, como soporte para la evaluación del Plan de Gestión de la vigencia 2022.

Yelitza Escobar Daza
YELITZA ESCOBAR DAZA
Contadora ESE

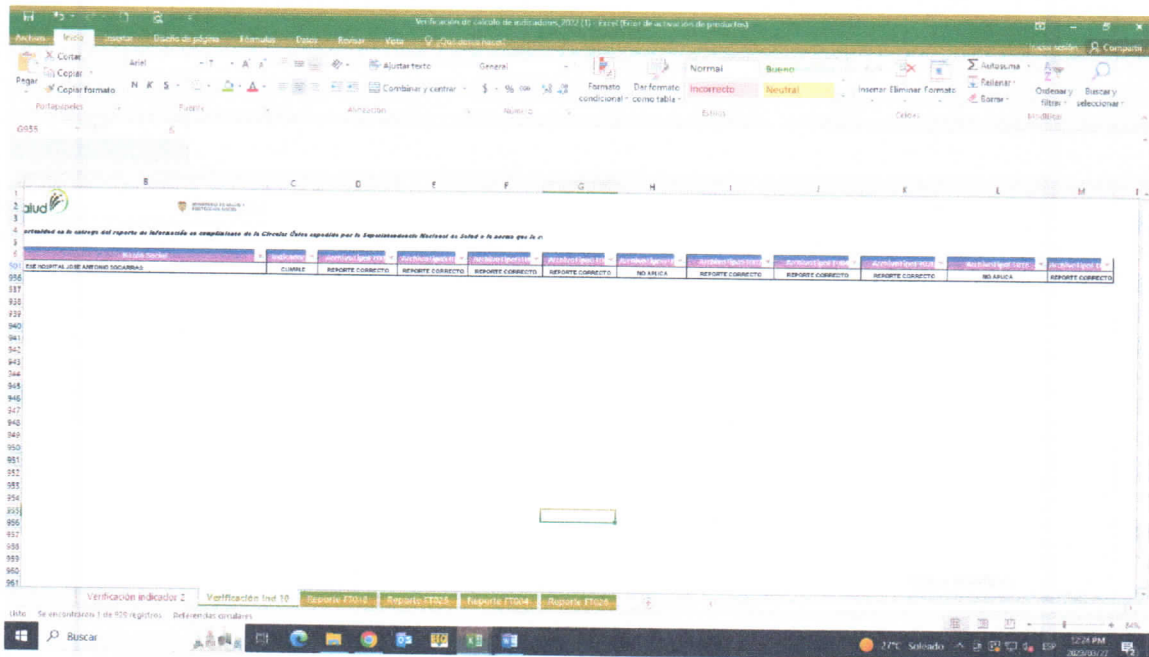




LA TECNICO OPERATIVO DE LA ESE
 HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ
 MUNIICPIO DE MANAURE, DEPARTAMENTO DEL CESAR,

CERTIFICA

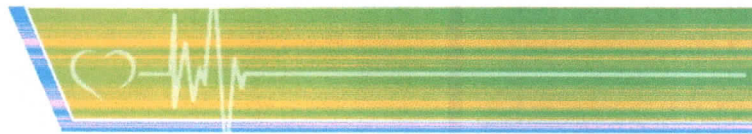
Que consultada la Plataforma de la Supersalud, se evidencia el cumplimiento Oportuno de la circular Única teniendo en cuenta la Relación de Archivos y la Periodicidad de la vigencia 2022



Indicador	Verificación	Reporte
Indicador 1	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 2	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 3	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 4	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 5	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 6	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 7	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 8	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 9	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 10	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 11	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 12	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 13	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 14	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 15	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 16	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 17	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 18	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 19	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 20	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 21	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 22	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 23	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 24	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 25	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 26	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 27	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 28	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 29	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 30	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 31	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 32	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 33	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 34	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 35	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 36	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 37	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 38	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 39	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 40	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 41	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 42	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 43	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 44	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 45	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 46	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 47	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 48	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 49	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 50	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 51	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 52	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 53	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 54	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 55	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 56	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 57	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 58	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 59	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 60	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 61	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 62	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 63	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 64	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 65	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 66	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 67	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 68	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 69	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 70	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 71	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 72	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 73	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 74	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 75	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 76	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 77	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 78	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 79	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 80	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 81	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 82	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 83	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 84	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 85	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 86	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 87	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 88	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 89	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 90	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 91	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 92	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 93	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 94	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 95	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 96	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 97	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 98	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 99	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO
Indicador 100	Verificación correcta	REPORTE CORRECTO

Dado en Manaure cesar, a los 24 días del mes de Marzo de 2023.


SANDRA YANETH CASTRIÑO GALVIS
 Técnico Operativo




LA TECNICO OPERATIVO DE LA ESE
HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ
MUNIICPIO DE MANAURE, DEPARTAMENTO DEL CESAR,

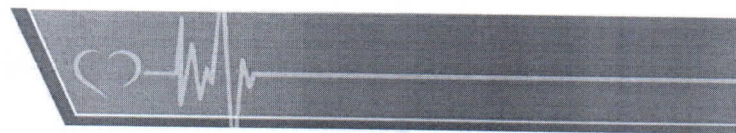
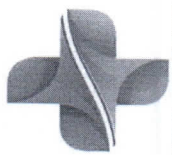
CERTIFICA

Que consultada la Plataforma SIHO en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, se evidencia el cumplimiento Oportuno, teniendo en cuenta el Reporte anexo de la vigencia 2022.

Dado en Manaure cesar, a los 24 días del mes de Marzo de 2023.



SANDRA YANETH CASTRILLO GALVIS
Técnico Operativo



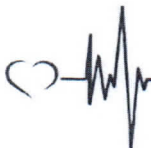
RESULTADO DE INDICADORES RELACIONADOS EN LA PLATAFORMA SIHO DEL MSPS


	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General
FORMULA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/número total de consulta medicas generales asignadas en la institución.
RESULTADO	9.659/ 7.202 : 1.3 DIAS
FUENTE DE INFORMACION	Ficha técnica de la página web del SIHO del MSPS

INDICADOR	Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas
FORMULA	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso./ Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias
RESULTADO	4 / 6.333 : 0.0
FUENTE DE INFORMACION	Ficha técnica de la página web del SIHO del MSPS

Diana S. Baquero Pz.

DIANA SOFIA BAQUERO PEREZ
Coordinadora de calidad



	INFORME DE COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS (GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LAS 12 SEMANAS DE GESTACION) ESE JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ	Versión 1
		FECHA: 24/12/2022
		PAG. __ DE __

MES	MARZO 2023
PARTICIPANTES	CARGO
DAIRIS ARMENTA MUEGUES ANYI MELIZA VACA SANTANA NOLVEIRO LUQUEZ NIEBLES MAURICIO LOPEZ DIANA BAQUERO PEREZ HANSEL RODRIGUEZ MASSIEL GUERRA ANTONIO BORRERO GUZMAN	GERENTE MEDICO P Y M ENFERMERO PYM COORDINADOR DE ENFERMERIA AUDITORA DE CALIDAD ODONTOLOGO ENFERMERA SSO MEDICO CONSULTA EXTERNA

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Ante la convocatoria realizada en días anteriores por la Auditora de Calidad de la E.S.E. Hospital José Antonio Socarrás Sánchez de Manaure Cesar, se dio inicio a las 2:00 p.m. a la reunión del comité de historias clínicas el día 22 de Marzo del presente año, en el cual acudieron los participantes antes mencionados.

Se realiza los puntos a tratar los cuales son los siguientes:

- **Saludo y Bienvenida:** La Auditora de Calidad de la ESE saluda y da la bienvenida a los miembros del comité y agradece su puntual asistencia, resaltando la importancia que les presta el comité.
- **Listado de Mujeres Gestantes Identificadas por la ESE:** Toma la palabra la Enfermera Jefe y coordinadora del programa de detección temprana – Alteraciones del Embarazo, manifestando que durante la vigencia 2022 fueron captadas 173 mujeres gestantes de las cuales 158 fueron captadas antes de la semana



**INFORME DE COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS (GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LAS 12 SEMANAS DE GESTACION)
ESE JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ**

Versión 1

FECHA: 24/12/2022

PAG. __ DE __

12 de gestación, y solo 15 fueron captadas después de las 12 semanas, para lo cual se presenta el siguiente listado que evidencia la veracidad de tal afirmación:

ITEMS	TIPO DE IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	APELLIDOS	NOMBRES	INSCRIPCION AL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL	SEMANA DE GESTACION	VALORACION MEDICA
1	TI	1102886702	RUIZ MOSQUERA	ANAIS CAROLINA	SI	8	SI
2	CC	1010054121	FLOREZ PEÑA	ROSANNITH	SI	11,3	SI
3	CC	1120582916	CASTAÑEDA VACA	GEIDY YURLADY	SI	10,8	SI
4	TI	1065202513	SIERA FLOREZ	ESTEFANNY	SI	11,5	SI
5	CC	1007889661	SANCHEZ FLOREZ	MILEIDA	SI	10,6	SI
6	CC	1065205593	JIMENEZ JAIMES	KAREN LORENA	SI	8	SI
7	CC	1126118386	PADILLA MAIGUEL	SANDRA MILENA	SI	12	SI
8	CC	1043018385	PEREZ VILORIA	YORLEDYS	SI	7,6	SI
9	CC	1065205149	LARGO ROMERO	SUSBEIRY	SI	11,8	SI
10	CC	1003202749	GARCIA PIMENTEL	KAROLL DAYANA	SI	6	SI
11	CC	1193509828	CIFUENTES MORALES	VERONICA	SI	9,3	SI
12	TI	1064110895	SARMIENTO GUTIRREZ	SUSAN CAROLINA	SI	10,5	SI
13	CC	1065202604	TORRES CONTRERAS	KARELIS	SI	9,4	SI
14	CC	1065203360	ORTIZ ARIAS	LINEIRA	SI	6,5	SI
15	CC	1003202335	MARTINEZ QUINTERO	KARIN YUNETH	SI	11	SI
16	CC	1092345334	TAMAYO CALIXTO	CLAUDIA YURLEY	SI	8	SI
17	CC	1003202624	DAZA BETANCOUR	GUILLERMINA MAIDETH	SI	9	SI
18	CC	1065570718	ESQUEA GUERRERO	KELLY JOHANA	SI	0	SI
19	TI	31575300	NAVA OQUENDO	SONIALI MISEL	SI	7	SI
20	CC	27180473	ROBLES PAREDES	JULESKA EDILMAR	SI	5	SI
21	CC	1065203714	ARRENDO CHINCHILLA	ELIANA	SI	9	SI
22	CC	1065853270	VILLANUEVA MARTINEZ	KAREN JHOANNA	SI	11	SI
23	CC	1065203381	CACERES CONTRERAS	EDUVIGES	SI	7	SI
24	CC	1065203388	CRISTANCHO TRIAN	ILCE	SI	11	SI
25	CC	1065206003	SARDOT CASTRO	CLARIBETH	SI	6	SI
26	CC	1147940355	PALMAR URIANA	MARISOL MARY	SI	11	SI
27	CC	1065204806	BOLAÑO ALVAREZ	YURLEY	SI	9	SI



**INFORME DE COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS (GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LAS 12 SEMANAS DE GESTACION)
ESE JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ**

Versión 1

FECHA: 24/12/2022

PAG. __ DE __

28	CC	1064707974	ANDRADES CACERES	YARELVIS	SI	10	SI
29	CC	1067592183	QUINTERO RODRIGUEZ	MAILEN DAYAN	SI	19	SI
30	TI	1730038	NAVA OQUENDO	SONIALI	SI	11	SI
31	CC	39464110	QUINTERO QUINTERO	YULIETH KARINA	SI	11	SI
32	CC	1006653774	FUENTES VALVERDE	ALBA LUCIA	SI	9,5	SI
33	CC	1065202381	ARDILA FELIZZOLA	VANESA	SI	11,2	SI
34	CC	5390276	MEDINA RUIZ	LUCIMAR ALEXANDRA	SI	10,5	SI
35	CC	1065204490	LOPEZ CASADIEGO	KATIA CAROLINA	SI	11,6	SI
36	CC	1003202415	WILCHES CERVANTES	ZONIA LUZ	SI	9	SI
37	CC	1007434291	MARTINEZ ABRIL	KAREN YULIETH	SI	11,4	SI
38	CC	1065206175	MANDON ANGARITA	STEFANY YINNETH	SI	10	SI
39	TI	1065202188	BOTELLO ARDILA	ZARICK ZULAI DI	SI	10,8	SI
40	CC	1147686466	RODRIGUEZ VACA	YOLANY	SI	11,6	SI
41	TI	1119816316	IGLESIA SUAREZ	MERLYS ANDREA	SI	10,8	SI
42	CC	1003202275	ARDILA BOTELLO	YENIFER	SI	9	SI
43	CC	27328416	YARAURE VISLA	MILIANJEL YADIRA	SI	10,5	SI
44		1003201965	CARMONA ACOSTA	LADIS KARINA	SI	10	SI
45	CC	26752130	BASTIDAS	ROSA ANGELICA	SI	5	SI
46	CC	1147940355	PALMAR URIANA	MARISOL MARY	SI	11	SI
47	CC	1065206003	SARDOT CASTRO	CLARIBETH	SI	6	SI
48	CC	1003202734	ASCANIO BAYONA	JEHISA CATERINE	SI	11	SI
49	CC	1065853760	GARCES SANTO	LUZ MNERY	SI	11,8	SI
50	CC	1003202295	BALLESTAS VEGA	YENIS PAHOLA	SI	9	SI
51	CC	1003202245	CARDENAS NAVARRO	ANGIE TATAIANA	SI	10	SI
52	CC	1065567118	RUIZ ANGARITA	NAYELIS SANDRITH	SI	11,5	SI
53	CC	1099545482	MORENO MADRID	MAIDILI	SI	13	SI
54	TI	1064110895	SARMIENTO GUTIRREZ	SUSAN CAROLINA	SI	12	SI
55	CC	1067592183	QUINTERO RODRIGUEZ	MAILEN DAYAN	SI	11	SI
56	CE	23479465	SANDREA GARCIA	MARIA ALEJANDRA	SI	12	SI
57	CC	49755783	MARTINEZ TORRADO	MIRIAN	SI	10	SI
58	CE	25540371	FERNANDEZ FERRER	MARISOL	SI	12	SI
59	CC	1003392830	LUQUEZ MENESES	ISLENIS	SI	12	SI
60	CC	1003334642	DIAZ CORTES	DEL CI	SI	10	SI
61	CC	49716062	VEGA AVENDAÑO	ESTHER ELENA	SI	10	SI



**INFORME DE COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS (GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LAS 12 SEMANAS DE GESTACION)
ESE JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ**

Versión 1

FECHA: 24/12/2022

PAG. __ **DE** __

62	TI	1119816404	CAMELO RAUDELES	MARIA DE LOS ANGELES	SI	11	SI
63	TI	1127921035	BLANCO QUINTERO	KEILYS PAOLA	SI	8	SI
64	CC	1065203439	TRILLOS RODRIGUEZ	ANA DEL CARMEN	SI	6	SI
65	CC	1065206022	MUEGUES ARIAS	CLAUDIA MELISSA	SI	6	SI
66	CC	1065206269	DE LA HOZ LESMES	STEFANIA	SI	7	SI
67	TI	1119837008	IGLESIAS SUAREZ	DARLIS DAYANA	SI	8	SI
68	CC	1007496071	TRUJILLO AVENDAÑO	LEIDY JHOANA	SI	11	SI
69	CC	1003379568	MARTINEZ MARTINEZ	MARIAM	SI	12	SI
70	CC	49719131	TORRES MENA	LUZMILA ISABEL	SI	10,8	SI
71	CC	1065206118	SIERRA HERRERA	MARIA CAMILA	SI	9,8	SI
72	TI	1065583613	ASCANIO OSORIO	ZARITH SLENDY	SI	6	SI
73	CC	1065204515	TORRES CONTRERAS	AUDELINA	SI	3	SI
74	CC	1065206293	FELIZOLA TORREZ	CAMILA ANDREA	SI	5	SI
75	CC	1003089134	SERRANO RAMIREZ	MARLENE	SI	8	SI
76	CC	1007126397	MARTINEZ VALENZUELA	ANA DANIELA	SI	8,9	SI
77	CC	49755977	RODRIGUEZ DIAZ	MAYERLIN	SI	11,6	SI
78	CC	1003202882	OVIEDO PEÑA	YANIRIS YUDITH	SI	11	SI
79	CC	25343670	VALECILLOS SANCHEZ	MARIELVIS ALEJANDRA	SI	11,6	SI
80	TI	1067601008	MALDONADO PEREZ	VALERY	SI	10	SI
81	TI	1066092316	PEDRAZA GIL	KAROL DAYANA	SI	12	SI
82	CC	1006896786	CADENA NAVARRO	ROSA ANGELICA	SI	11	SI
83	CC	1003334641	DIAZ CORTES	MAIRA	SI	12	SI
84	CC	1003334206	DIAZ CORTES	DORIS MARIA	SI	5	SI
85	CC	1065206098	ARDILA BRUGES	ESDEILIN MELISA	SI	8	SI
86	CC	25343670	VALECILLOS SANCHEZ	MARIELVIS ALEJANDRA	SI	11,6	SI
87	CC	1126119254	CASTILLO URIBE	LUZ MIRA	SI	11,4	SI
88	TI	1065574830	TARAZONA CAMPO	EILIN XILENA	SI	6,2	SI
89	CC	1005321324	CAPACHO RODRIGUEZ	NATALIA FERNANDA	SI	10,5	SI
90	CC	1003202669	TORRES PEREZ	LAURA VANESA	SI	16	SI
91	CC	25343670	VALECILLOS SANCHEZ	MARIELVIS ALEJANDRA	SI	11,6	SI
92	TI	1067601008	MALDONADO PEREZ	VALERY	SI	10	SI
93	CC	1003334641	DIAZ CORTES	MAIRA	SI	11	SI
94	CC	1003334206	DIAZ CORTES	DORIS MARIA	SI	5	SI
95	CC	1126119254	CASTILLO URIBE	LUZ MIRA	SI	12	SI



**INFORME DE COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS (GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LAS 12 SEMANAS DE GESTACION)
ESE JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ**

Versión 1

FECHA: 24/12/2022

PAG. ___ **DE** ___

96	CC	1064122055	BAQUERO ZULETA	MARIA ANGELICA	SI	10,5	SI
97	TI	1066083734	PEDRAZA GIL	MARY ISAURA	SI	11,5	SI
98	CC	5934425	MILIANJEL YADIRA	YARAURE VISLA	SI	10,5	SI
99	CC	1065204314	CONTRERAS SANTANA	MIREYA	SI	16	SI
100	CC	1124030046	IPUANA	ROSMERY	SI	5.3	SI
101	CC	1115073220	QUINTERO DE LA ROSA	ELIZABETH	SI	6.2	SI
102	CC	1065206345	BECERRA RAMIREZ	JULIETH DAYANA	SI	10,8	SI
103	CC	1065206107	PEREZ CALDERON	KARELYS ADRIANA	SI	8.3	SI
104	CC	49755470	TORRES PACHECO	ASTRID LORENA	SI	11.1	SI
105	CC	1003201948	VACCA CUDROS	ZULEIMA	SI	11,5	SI
106	CC	1003202252	BOTELLO GUEVARA	DEIRIS	SI	9.2	SI
107	CC	1007365225	PADILLA TERAN	LILIS MARIA	SI	8,3	SI
108	CC	1065637714	BARROS CARMONA	LAURA MICHELL	SI	9,2	SI
109	TI	1119837224	RAMOS OÑATE	MARIA DANIELA	SI	10,1	SI
110	CC	27395162	VILLALOBOS SILVA	ADRIANA ESTHER	SI	11,3	SI
111	CC	1003202478	COSTA PACHECO	MAYRA MILENA	SI	12	SI
112	TI	1118812822	ORTIZ URIANA	KATHERINE VANESSA	SI	11,5	SI
113	CC	1065203041	MORON BLANCO	LILIA MARCELA	SI	10,5	SI
114	PT	5934425	YARAURE VISLA	MILIANJEL YADIRA	SI	11	SI
115	CC	1003238259	LARIOS MUEGUES	MARIA ALEJANDRA	SI	10,2	SI
116	CC	1081907188	AVILA DIAZ	KELLY JOHANA	SI	10,5	SI
117	CC	1108761287	CAMPO HERNANDEZ	MARIA CAROLINA	SI	11,5	SI
118	CC	1003202523	BALCAZAR BARRAGAN	MARYURIS	SI	9	SI
119	CC	1065573333	OBANDO BALLESTEROS	CARMEN LUDELIA	SI	6.5	SI
120	CC	1003202406	HERNANDEZ ORTIZ	YIRLY PATRICIA	SI	8.4	SI
121	PT	27089040	RAMOS MARTINEZ	MARIA ALEJANDRA	SI	9.4	SI
122	CC	1091652938	BARBOSA PAEZ	ANGELA	SI	6.6	SI
123	CC	1007520264	PEREZ CHINCHILLA	LUISA FERNANDA	SI	10,5	SI
124	TI	1121327682	ROMERO SOTO	MARTHA ROSA	SI	8.2	SI
125	TI	1064108174	LOPEZ LOPEZ	MARIA DEL PILAR	SI	11,5	SI
126	CC	1003202442	CARREÑO NAVARRO	YANERIS	SI	10,8	SI
127	CC	1065203667	CONTRERAS SANTANA	YANELIS	SI	10,2	SI
128	CC	1065202966	BAQUERO MIELES	MERCEDES MARIA	SI	11	SI
129	CC	1131071378	ARDILA AYALA	YESICA PATRICIA	SI	6.4	SI



**INFORME DE COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS (GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LAS 12 SEMANAS DE GESTACION)
ESE JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ**


Versión 1

FECHA: 24/12/2022

PAG. __ DE __

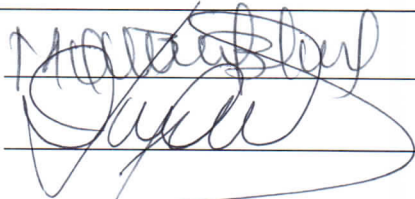

130	CC	1065204812	MONTENEGRO ARIZA	MARIA CECILIA	SI	11,8	SI
131	CC	1007496232	SANCHEZ SANTANA	MARIA CAMILA	SI	10,8	SI
132	CC	1065206293	FELIZOLA TORREZ	CAMILA ANDREA	SI	5	SI
133	CC	1065206637	CASTILLA BAYONA	ADRIANA LUCINA	SI	10,5	SI
134	CC	1193541220	CANO REYES	NAYELIS CAROLINA	SI	11,2	SI
135	CC	1065205082	RODRIGUEZ REYES	LEIDIS	SI	10,8	SI
136	TI	1065202634	ROMERO CARMONA	LITZI CHARIC	SI	11	SI
137	CC	1094831672	OLIVEROS VARGAS	VIRIDIANA VRILLI	SI	5,6	SI
138	TI	1063958925	RODRIGUEZ CHINCHILLA	MARIA DEL CARMEN	SI	10,5	SI
139	CC	1085008221	BARON POLANCO	LINA MARCELA	SI	11,8	SI
140	CC	1065206528	MADARRIAGA BARBOSA	JULIETH PAOLA	SI	10,5	SI
141	CC	1066351670	PIEDRAHITA CARRASCAL	YURLENIS	SI	8,5	SI
142	PT	30934527	MORENO SUAREZ	GILBER ISABELLA	SI	8	SI
143	CC	1193509834	JAIME CARIZAREZ	YAISA YINETH	SI	10,3	SI
144	CC	1065600676	PINZON GUEVARA	KELLY YULIETH	SI	5,5	SI
145	CC	1065204777	PEREZ PEREZ	GABRIELA	SI	7,2	SI
146	TI	1065203442	CHURIO OSORIO	CLARIBETH	SI	8,5	SI
147	PT	30548481	FONSECA SILVA	REINALIC SARAITH	SI	11,5	SI
148	CC	1065202200	BARROS CARMONA	BRANDY JULIETH	SI	12	SI
149	CC	1007537235	ROMERO SOTO	MARIA ISABEL	SI	10,5	SI
150	TI	1067810085	TRILLOS CARRILLOS	DEILIS	SI	11,5	SI
151	CC	1065204989	SANCHEZ ALVAREZ	NEIDIS	SI	10,5	SI
152	CC	1119816923	SALAS MANJARREZ	LIZKARELIS	SI	11,2	SI
153	TI	1064109578	MORALES ROSADO	KEILYS	SI	10,2	SI
154	CC	1067806739	LAGOS RAMOS	CINDY PAOLA	SI	10,5	SI
155	CC	1065204089	ROBLES HERRERA	LIZETH	SI	11,2	SI
156	CC	1004817167	OVALLOS RIVERA	MARIA LORENA	SI	10,6	SI
157	CC	1065206381	FUENTES CALDERON	LEYSA	SI	10,4	SI
158	TI	1067809753	SANCHEZ AMAYA	YORLEY	SI	9,5	SI


- **Revisión y Análisis de la Situación de Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación:** La Auditora de

	INFORME DE COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS (GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LAS 12 SEMANAS DE GESTACION) ESE JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ	Versión 1
		FECHA: 24/12/2022
		PAG. __ DE __

Calidad de la ESE Hospital José Antonio Socarrás Sánchez expuso que se continuó con la política de captación de mujeres gestantes implementada en la ESE a través de la detección temprana mediante estrategias de demanda inducida, viene dando buenos resultados, permitiendo con ello un control prenatal a tiempo y con esto evitar complicaciones posteriores.

FIRMAS – REUNION

Diana S. Baquero Pz Mauricio Pérez S. Yamel B. Q. Luzmila. Luis	 
MOLICIND R. LUQUEZ N.	

	REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL CESAR ALCALDIA MUNICIPAL DE MANAURE BALCON DEL CESAR SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL FORMATO DE COMUNICACIÓN EXTERNA	Código: FT-GD-02
		Fecha: 11/12/2014
		Versión: 01
		Pág: 1

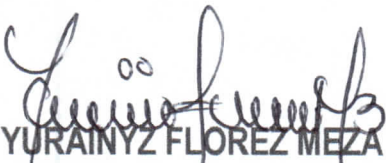
Manaure Balcón del Cesar, 27 de marzo de 2023

LA SUSCRITA SECRETERIA DE SALUD COMO MIEMBRO RESPONSABLE COMO COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL MUNICIPIO DE MANAURE BALCON DEL CESAR


CERTIFICA

Que la incidencia del evento de SIFILIS CONGENITA de partos atendidos en la ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ durante la vigencia 2022 fue de (0) casos


Esta certificación se expide en el municipio de Manaure Balcón De Cesar el veintisiete (27)días del mes de marzo 2023


YURAINYZ FLOREZ MEZA
 SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL


DARWIN SALAS PAEZ
 Coord. De vigilancia de salud publica

	INFORME DE COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS (APLICACIÓN DE GUIAS DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ	Versión 1
		FECHA: 24/12/2021

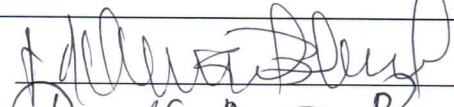
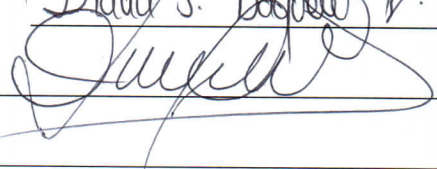
MES	MARZO 2023
PARTICIPANTES	CARGO
DAIRIS ARMENTA MUEGUES ANYI MELIZA VACA SANTANA NOLVEIRO LUQUEZ NIEBLES MAURICIO LOPEZ DIANA BAQUERO PEREZ HANSEL RODRIGUEZ MASSIEL GUERRA ANTONIO BORRERO GUZMAN	GERENTE MEDICO P Y M ENFERMERO PYM COORDINADOR DE ENFERMERIA AUDITORA DE CALIDAD ODONTOLOGO ENFERMERA SSO MEDICO CONSULTA EXTERNA
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
<p>Ante la convocatoria realizada en días anteriores por la Auditora de Calidad de la E.S.E. Hospital José Antonio Socarras Sánchez, se dio inicio a las 10:00 a.m. a la reunión del comité de historias clínicas el día 08 de Marzo del presente año, en el cual acudieron los participantes antes mencionados.</p> <p>Se realiza los puntos a tratar los cuales son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saludo y Bienvenida: La Auditora de Calidad de la ESE saluda y da la bienvenida a los miembros del comité y agradece su puntual asistencia, resaltando la importancia que les presta el comité. • Verificación del Cumplimiento en la Aplicación de la Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva: Toma la palabra la Enfermera Jefe y el coordinadora del programa de detección temprana – Alteraciones en el Adulto mayor, manifestando que en la ESE Hospital José Antonio Socarras Sánchez se aplica y se da estricto cumplimiento a la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva, la cual fue adoptada mediante Resolución N° 169 de 17 de Julio de 2019. • Revisión y Análisis de Historias Clínicas: Los miembros del Comité de Historias Clínicas de la ESE Hospital José Antonio Socarras Sánchez 	


	INFORME DE COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS (APLICACIÓN DE GUIAS DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ	Versión 1
		FECHA: 24/12/2021

revisaron 50 historias clínicas de los 512 pacientes inscritos en el programa de Atención de las cuales 47 cumplen con la aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva, y se sugiere que a las faltantes (3 historias clínicas) se le aplique la guía y se retroalimente al personal asistencial responsable con el fin de garantizar la veracidad en los registros reportados conforme lo establece la norma.

FIRMAS – REUNION

Dayi Melba Vaca Sintes
 Maunio de Lopez P.
 NORVEINO LUQUEZ N.
 ANTONIO BARRERA
 Hansel R.Q.


 Diana S. Basquez P.


	INFORME DE COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS (APLICACIÓN DE GUIAS DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ	Versión 1
		FECHA: 24/12/21
		PAG. __ DE __

MES	MARZO 2023
PARTICIPANTES	CARGO
DAIRIS ARMENTA MUEGUES ANYI MELIZA VACA SANTANA NOLVEIRO LUQUEZ NIEBLES MAURICIO LOPEZ DIANA BAQUERO PEREZ HANSEL RODRIGUEZ MASSIEL GUERRA ANTONIO BORRERO GUZMAN	GERENTE MEDICO P Y M ENFERMERO PYM COORDINADOR DE ENFERMERIA AUDITORA DE CALIDAD ODONTOLOGO ENFERMERA P Y M MEDICO CONSULTA EXTERNA

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Ante la convocatoria realizada en días anteriores por la Auditora de Calidad de la E.S.E. Hospital José Antonio Socarras Sánchez, se dio inicio a las 10:00 a.m. a la reunión del comité de historias clínicas el día 21 de Marzo del presente calendario, en el cual acudieron los participantes antes mencionados.


Orden del día:

1. Saludo y bienvenida.
2. Verificación del cumplimiento en la aplicación de la guía de manejo del programa de crecimiento y desarrollo.
3. Revisión y análisis de Historias Clínicas (análisis de los comités realizados para la vigencia 2022).

DESARROLLO

Se realiza los puntos a tratar los cuales son los siguientes:

- **Saludo y Bienvenida:** La Auditora de Calidad de la ESE saluda y da la bienvenida a los miembros del comité y agradece su puntual asistencia, resaltando la importancia que les presta el comité.
- **Verificación del Cumplimiento en la Aplicación de la Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo:** Toma la palabra el Enfermero Jefe y el

	INFORME DE COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS (APLICACIÓN DE GUIAS DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ	Versión 1
		FECHA: 24/12/21
		PAG. __ DE __

coordinador del programa de detección temprana – Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo, manifestando que en la ESE Hospital José Antonio Socarras Sánchez se aplica y se da estricto cumplimiento a la Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo, la cual fue adoptada mediante Resolución N° 169 de 17 de Julio de 2019.

- Revisión y Análisis de Historias Clínicas:** Los miembros del Comité de Historias Clínicas de la ESE Hospital José Antonio Socarras Sánchez revisaron 100 historias clínicas de los 2082 niños(as) menores de 10 años inscritos en el programa de Crecimiento y Desarrollo de las cuales 97 cumplen con la aplicación estricta de la guía técnica para la detección temprana de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo, y se sugiere que a las faltantes (3 historias clínicas) se le aplique la guía y se retroalimente al personal asistencial responsable con el fin de garantizar la veracidad en los registros reportados conforme lo establece la norma.

FIRMAS – REUNION

<u>Dr. Meliza Vaca S.</u>	<u>[Signature]</u>
<u>Nolberto Uzcátegui</u>	<u>Mario del Socarras</u>
<u>Juan Carlos B. [Signature]</u>	<u>Diana Efra [Signature]</u>
<u>[Signature]</u>	<u>_____</u>
<u>[Signature]</u>	<u>_____</u>



ALCALDIA MUNICIPAL DE MANAURE BALCON DEL CESAR

FORMATO COMUNICACIÓN EXTERNA

Código: FT-GD-16

Fecha: 11/12/2014

Versión: 1.0

Pág. 6

Manaure Balcón del Cesar – Cesar, abril 18 de 2023

Señores.

MIEMBRO JUNTA DIRECTIVA

ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ

Atento saludo.

Respetuosamente me dirijo a usted con el fin de solicitar reunión con los miembros de Junta Directiva de la ESE Hospital José Antonio Socarras Sánchez, con el fin de revisar el informe de Gestión presentado por usted el 28 de marzo de 2023.

Cabe aclarar que si bien la resolución 743 de 2013 en su artículo 3 expresa: *La evaluación del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión que debe presentar el director o gerente, a más tardar el 1° de abril de cada año, deberá realizarse sobre los resultados obtenidos entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior.*

Y como bien usted fungió durante la vigencia 2022 en su totalidad, me gustaría conocer los resultados de su gestión y realizar el ejercicio frente a los indicadores que permitan conocer la realidad de la Institución.

Con base en lo anterior convoco reunión para evaluación de gestión vigencia 2022 así:

FECHA: 20 de abril de 2023

LUGAR: Auditorio ESE Hospital José Antonio Socarras Sánchez

HORA: 10:00 am

Agradezco su atención.

Cordialmente,

YURAINIS FLOREZ MEZA
Secretaria de Salud Municipal

E.S.E HOSPITAL
JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ
MANAURE - CESAR
Con humildad y con coraje de ti
RECIBIDO
Fecha: 18 Abril / 2023
Hora: 3:30 pm.
Firma:

Recibido
Abril 18 / 2023
Hora: 3:27 pm

Calle 3 No. 6ª - 78 Tel.: 5790591 – fax 5790508

Correos electrónicos: alcaldia@manaurebalcondelcesar-cesar.gov.co shacienda@manaurebalcondelcesar-cesar.gov.co

Wendy Rojas.
Abril 18 - 04 - 23.

Manaure mayo 0
Abril 18/04/23.
Hora: 3:28 pm.



ALCALDIA MUNICIPAL DE MANAURE BALCON
DEL CESAR

FORMATO COMUNICACIÓN EXTERNA

Código: FT-GD-16

Fecha: 11/12/2014

Versión: 1.0

Pág. 1

Manaure Balcón del Cesar – Cesar, abril 18 de 2023

Doctora.

DAIRIS ARMENTA MUEGUES

Gerente

ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ

Atento saludo.

Respetuosamente me dirijo a usted con el fin de solicitar reunión con los miembros de Junta Directiva de la ESE Hospital José Antonio Socarras Sánchez, con el fin de revisar el informe de Gestión presentado por usted el 28 de marzo de 2023.

Cabe aclarar que si bien la resolución 743 de 2013 en su artículo 3 expresa: *La evaluación del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión que debe presentar el director o gerente, a más tardar el 1º de abril de cada año, deberá realizarse sobre los resultados obtenidos entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior.*

Y como bien usted fungió durante la vigencia 2022 en su totalidad, me gustaría conocer los resultados de su gestión y realizar el ejercicio frente a los indicadores que permitan conocer la realidad de la Institución.

Con base en lo anterior convoco reunión para evaluación de gestión vigencia 2022 así:

FECHA: 20 de abril de 2023


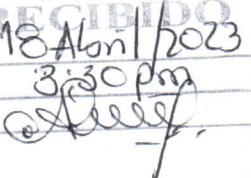
LUGAR: Auditorio ESE Hospital José Antonio Socarras Sánchez

HORA: 10:00 am

Agradezco su atención.

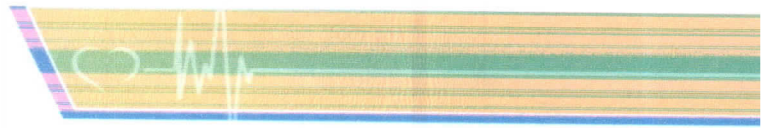
Cordialmente,


YURAINIS FLOREZ MEZA
Secretaria de Salud Municipal


E.S.E HOSPITAL
JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ
MANAURE - CESAR
Con humildad más cerca de ti
RECIBIDO
Fecha: 18 Abril / 2023
Hora: 3:30 pm
Firma: 

Calle 3 No. 6ª - 78 Tel.: 5790591 – fax 5790508

Correos electrónicos: alcaldia@manaurebalcondelcesar-cesar.gov.co shacienda@manaurebalcondelcesar-cesar.gov.co



Manaure Balcón del Cesar – Cesar, marzo 28 de 2023

Señores.
MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA ESE HJASS
Manaure Balcón del Cesar – Cesar

Atento saludo.

Respetuosamente me dirijo a ustedes con el fin de hacer entrega del informe de Gestión para la vigencia 2022, en medio físico con el fin de que sea revisado y analizado, para Posteriormente ser evaluado, teniendo en cuenta la Resolución 408 de 2018.

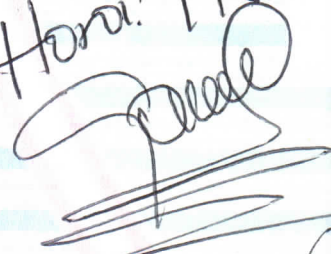
Cordialmente,


DAIRIS ARMENTA MUEGUES
Gerente

 **MANAURE BALCÓN DEL CESAR**
Alcaldía Municipal
RECIBIDO

Fecha: 28/03/2023
Hora: 5:05 pm
Firma: Wendy Pérez N

Recibo
Marzo 28/2023
Hora: 11:10 am



Wendy Rojas
03-28-2023
14:58-2023

Regbi

Receivido
Marzo: 28/2023

Kanabechagoza
28/03/2023

Hora: 5:00 PM



INFORME DE GESTIÓN 2022

Presentado a:

**JUNTA DIRECTIVA ESE HOSPITAL
JOSE ANTONIO SOCARRAS**

Presentado por:

**DAIRIS ARMENTA MUEGUES
GERENTE**



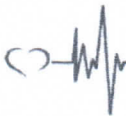


INTRODUCCION

El Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de la E.S.E Hospital José Antonio Socarras Sánchez, para el periodo 2020-2024. En él se consolidan los compromisos que la gerencia acuerda con la Junta Directiva del Hospital y se plasman las metas de gestión y resultados, relacionados con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, este a su vez es sometido a calificación por la junta directiva de la E.S.E. para aprobar si continua o no en el cargo.

El presente documento pretende apoyar la definición, articulación, y priorización de objetivos, con el fin de hacer explícita la estrategia de la organización e implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, esto es, cumplimiento artículo 72, 73 y 74 de la ley 1438 de 2011, la resolución 710 del 30 de marzo de 2012, la resolución 0743 de marzo 15 de 2013, resolución 408 de febrero 15 de 2018 y resolución 1097 de febrero 27 de 2018. Está diseñado y construido de acuerdo con los principios, Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en sus tres ejes estratégicos: accesibilidad, eficiencia y calidad. Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial.

El plan de gestión analizado en este documento pertenece a la Empresa Social del Estado Hospital José Antonio Socarras Sánchez para el periodo 2022, con el fin de realizar evaluación del plan de gestión respectivo, teniendo en cuenta los indicadores de cumplimiento.





JUSTIFICACION

El plan de gestión de la ESE Hospital José Antonio Socarras Sánchez se realizó con el fin de definir las actividades y logros a desarrollar, así como las metas de los indicadores de gestión y resultados relacionados con la producción y el mejoramiento de la calidad, eficiencia en la prestación de los servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos de la misma.

La Gerente actual de la ESE, Doctora Dairis Armenta Muegues, quien fue nombrado bajo decreto N°0011 del dos (02) de marzo de 2020 y tomo posesión de su cargo el día uno (01) de abril de 2020, relata que el enfoque para el plan de gestión 2022 lo direcciono a través de estrategias para cada área de gestión establecida en la normatividad vigente para estos cargos según la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012, la Resolución 0743 de marzo 15 de 2013 y la Resolución 408 del 15 febrero de 2018.

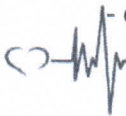
A continuación, se relacionan algunas de las estrategias compartidas por la gerente en cada área de gestión:

Dirección y Gerencia: esta área se refiere al cumplimiento de logros estratégicos, Desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

- Se realizó autoevaluación según acreditación donde se evidenciaron las falencias en infraestructura en referencia a que la antigüedad de las instalaciones de la edificación ya que el hospital funciona desde los años 80 cuando empezó como puesto de salud, por lo que una estrategia esta direccionada a la construcción de un nuevo hospital que cumpla con los requerimientos de infraestructura según normatividad vigente.

Administrativa y Financiera: esta área se relaciona con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud. La Gestión Administrativa se encuentra alineada con la perspectiva de desarrollo.

- estrategia reducción deudas por salarios y honorarios,
- solicitud de cuentas de cobro al día 25 de cada mes para estructurar el plan de pagos y no quedar con deudas por este concepto a fin de mes.
- recuperación de cartera
- cambio en tipo de contratación de servicios





Clínica Asistencial: esta área se relaciona con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria de cada entidad.

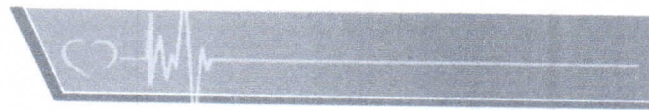
- Estrategia para documentación de procesos asistenciales y definición de las guías de manejo clínico para las primeras cinco causas de consulta por cada servicio.

ANTECEDENTES

La Empresa Social del Estado Hospital José Antonio Socarras Sánchez, es una entidad pública de baja complejidad del orden municipal, con Personería Jurídica, Patrimonio propio y Autonomía administrativa, ubicada en la Carrera 6 # 2F - 12, del municipio de Manaure Balcón del Cesar – Cesar, creada mediante Acuerdo No. 039 del 30 de diciembre de 1995 emanado del Honorable Concejo Municipal. Somos una institución prestadora de servicios de salud integral y humanizada que brinda excelentes servicios a la comunidad manaurera, gracias a que cuenta con personal asistencial, profesionales de la salud idóneos.



Actualmente, la E.S.E HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ cuenta con instalaciones construidas con el apoyo de la nación y el departamento hace 40 años (1980), con remodelaciones de la consulta externa en el año 2003 y de la urgencia en el año 2008, a causa del desgaste y la humedad. Teniendo en cuenta que ha

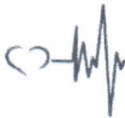


venido atendiendo a la población en un promedio de 12.000 consultas de medicina general electivas, 3.000 consultas de medicina general urgentes, 3.500 consultas de odontología, 10.000 exámenes de laboratorio, 1.600 imágenes diagnósticas entre otras acciones., tratando de responder dentro de las características del sistema obligatorio de garantía de la calidad colombiano, evidenciándose en los diferentes y continuos dictámenes de las auditorías en salud en relación a los parámetros de infraestructura y condiciones de habilitación normadas en las Resoluciones 4445 de 1996 y 3100 de 2019 del MSPS, por tratarse de edificaciones de más de 20 años de construcción hecho que por obvias razones no cumplimos y aunado al desarrollo económico y social del municipio, este espacio ha quedado rezagado; por lo que se encuentra la necesidad de gestionar proyectos de construcción de una nueva sede .

DATOS GENERALES DE LA ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ

I. DATOS GENERALES

NOMBRE ENTIDAD	ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ
MUNICIPIO	MANAURE BALCON DEL CESAR
N.I.T.	824000462-9
DIRECCIÓN	Carrera 6 N° 2F12, Manaure – Cesar
TELÉFONOS	5790314
CORREO ELECTRÓNICO	hospitalmanaure@hjasocarras.gov.co
TIPO ORGANIZACIÓN	DE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REPRESENTANTE LEGAL	DAIRIS ARMENTA MUEGUES
PERSONA CONTACTO	DE DAIRIS ARMENTA MUEGUES
TELÉFONOS	5790314 – 3183722800





ANÁLISIS DE PRODUCCIÓN Y FINANCIERA EN EL MARCO DE LA RED:

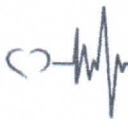
Realizando revisión de las resoluciones emanadas del Ministerio de Salud y Protección Social que hacen referencia a la categorización del riesgo en las IPS del país, se indica que la ESE Hospital José Antonio Socarras Sánchez NO PRESENTA RIESGO FINANCIERO durante las vigencias evaluadas sin embargo para la actual vigencia se encuentra suspendida según Artículo 6 Resolución 856 "hasta el término de emergencia sanitaria. Este capítulo nos permitirá diagnosticar el estado actual de la ESE y como puede operar con la inversión que se plantea con el fortalecimiento de los servicios. Así mismo, es de tener en cuenta la información de producción que se analiza es con base en la estructura según Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud Departamento del Cesar, a la cual hace parte la ESE.

La ESE Hospital José Antonio Socarras Sánchez, con más de veinte años de experiencia como Institución Prestadora de Servicios de Salud, se constituye en la principal IPS pública del municipio de Manaure Cesar. Reconocida por la idoneidad y experiencia de su recurso humano y la calidad de los servicios prestados a la población afiliada a los Regímenes Subsidiado, Contributivo, Especial y a la Población Pobre No Asegurada, Población Desplazada, Población Reincorporados a la sociedad civil y particulares.

Según Resolución MSPS No. 1342 del 29 de mayo de 2019, La ESE HJASS NO se encuentra categorizada en riesgo financiero y fiscal (última resolución emitida de categorización del riesgo); igualmente, la entidad no tiene a la fecha de elaboración del presente documento algún tipo de medida con la Superintendencia Nacional de Salud.

SERVICIOS HABILITADOS (SISTEMA OBLIGATORIO GARANTIA DE LA CALIDAD)

Dentro de sus servicios como Hospital de baja complejidad y teniendo en cuenta la Tipología definida en el PTRRM aprobado por el Ministerio de salud en el año 2014 (TIPOLOGIA C) realizan actividades de: consulta externa de medicina general y odontología, así como también servicios de promoción y mantenimiento de la salud, se prestan servicios de toma de muestra de laboratorio clínico, laboratorio clínico de baja complejidad, atención de urgencias, hospitalización de baja complejidad, atención del parto, tamización de cáncer de cuello uterino, Radiología e imágenes diagnósticas, nutrición, psicología, transporte asistencial básico. (Tabla 1).





Los Servicios habilitados a la fecha de la elaboración del documento por la ESE Hospital José Antonio Socarras Sánchez, inscrito en el registro único de prestadores de como institución de baja complejidad son los siguientes

CODIGO SERVICIO	SERVICIOS/SEDES	HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ
129	HOSPITALIZACION ADULTO	X
130	HOSPITALIZACION PEDIATRICA	X
312	ENFERMERIA	X
328	MEDICINA GENERAL	X
333	NUTRICION Y DIETETICA	X
334	ODONTOLOGIA GENERAL	X
344	PSICOLOGIA	X
359	CONSULTA PRIORITARIA	X
706	LABORATORIO CLINICO	X
744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES	X
712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	X
714	SERVICIO FARMACEUTICO	X
717	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO – UTERINAS	X
719	IMÁGENES DIAGNOSTICAS NO IONIZANTES	X
748	RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	X
725	ELECTRODIAGNOSTICO	X
728	TERAPIA OCUPACIONAL	X
739	FISIOTERAPIA	X
740	FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE	X
749	TOMA DE MUESTRA DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS	X
907	PROTECCION ESPECIFICA-ATENCION DEL PARTO	X
908	PROTECCION ESPECIFICA-ATENCION AL RECIEN NACIDO	X
909	DETECCION TEMPRANA-ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	X
910	DETECCION TEMPRANA-ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (10 A 29 AÑOS)	X
911	DETECCION TEMPRANA-ALTERACIONES DEL EMBARAZO	X
912	DETECCION TEMPRANA-ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	X



913	DETECCION TEMPRANA-CANCER DE CUELLO UTERINO	X
914	DETECCION TEMPRANA - CANCER DE SENO	X
915	DETECCION TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZ VISUAL	X
420	VACUNACION	X
917	PROTECCIÓN ESPECIFICA-ATENCION PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	X
918	PROTECCION ESPECIFICA-ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	X
1101	ATENCION DEL PARTO	X
1102	URGENCIAS	X
1103	TRANSPORTE ASISTENCIA BASICO	X

TABLA 1. Servicios habilitados REPS

9. INDICADORES DE CALIDAD

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	2019	2020	2021	2022	ESTANDAR META			
						2019	2020	2021	2022
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	DIAS	5,6	1,497	1,416	1,341	>3	>3	>3	>3
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	DIAS	10,7	12,784	10,79	10,526	>30	>30	>30	>30
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	DIAS	2	1,31	1,306	1,302	>3	>3	>3	>3
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	RELACION PORCENTUAL	0,16	0,005	0	0,001	>5	>5	>5	>5
% pacientes atendidos por urgencias	RELACION PORCENTUAL	18,2	10,117	10,387	10,737				



remitidos									
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	RELACION PORCENTUAL	0,94	0,965	0,936	0,97	<85	<85	<85	<85

Fuente: SIHO 2019 – 2022

CAPACIDAD INSTALADA - ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ

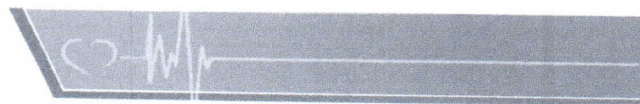
Para soportar el portafolio de servicios la ESE Hospital José Antonio Socarras Sánchez a nivel general, cuenta con una capacidad instalada insuficiente, lo que dificulta brindar una atención oportuna en algunos servicios ofertados, sin embargo, nos vemos en la necesidad de operar ya que es la única institución de salud que presta servicios de salud en el municipio.

Registro de capacidad instalada 2018 a 2022

RECURSO	CANTIDAD				
	2018	2019	2020	2021	2022
Camas de hospitalización	8	8	8	8	8
Camas de observación	2	2	2	2	6
Consultorios de consulta externa	3	3	3	3	6
Consultorios en el servicio de urgencias	1	1	1	1	1
Laboratorio Clínico	1	1	1	1	1
Mesas de partos	1	1	1	1	1
Número de unidades de odontología	2	2	2	2	2

Fuente: SIHO 2018 - 2022





PLATAFORMA ESTRATEGICA

MISIÓN

La Empresa Social del Estado **HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRAS SÁNCHEZ**, presta servicios de salud de baja complejidad, orientados hacia una perspectiva integral, donde se promueva y se mantenga la salud; en el que su componente técnico, tecnológico, Profesional y científico, serán factor importante en la atención humanizada y la seguridad del paciente, destacándose dentro de la red de prestadores del sector.

VISIÓN

En el año 2024 la empresa social del estado **HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRAS SÁNCHEZ** será una empresa líder en la prestación de servicio de salud de baja complejidad, enmarcada en un modelo de atención, con procesos que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud del ser, familia y la comunidad en general, posicionándonos como la mejor institución prestadora de servicios de salud del departamento del cesar.

POLÍTICA DE CALIDAD

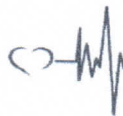
EL HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRAS SÁNCHEZ ha definido como política de calidad: prestar servicios asistenciales intrahospitalarios y ambulatorios de baja complejidad, garantizándole a nuestros usuarios, familia y comunidad, servicios oportunos, amables, confiables, accesibles y cómodos, a través de talento humano idóneo, una relación mutuamente beneficiosa con los proveedores que nos permitan ser sostenibles y alcanzar el posicionamiento esperado dentro de un marco de mejoramiento continuo.

POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nuestro compromiso es promover una cultura institucional de seguridad en los procesos de atención para los pacientes, familias, cliente interno y proveedores, basados en el fomento del reporte y gestión de eventos e incidentes adversos derivados de la atención, así mismo diseñar barreras de seguridad para evitar la prevalencia de estos, generando un aprendizaje organizacional sistemático

OBJETIVO ESTRATÉGICO

Orientar el desarrollo de la **E.S.E. HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ** hacia el mejoramiento de la Gestión Organizacional a través de la implementación del Sistema Integral de Garantía de Calidad, encaminado hacia efectos que alcancen evidenciar el progreso en la calidad en la Prestación de Servicios, Desarrollo Tecnológico, Control de Riesgos y Sostenibilidad Financiera.





PRINCIPIOS

ASUMIMOS COMPROMISOS, con la E.S.E., con los compañeros de trabajo y usuarios; cumplimos siempre con los compromisos adquiridos, demostrando amabilidad y espíritu de servicio.

TRABAJAMOS EN EQUIPO, participando efectiva y permanentemente en el Desarrollo Institucional, buscando la participación de diversas áreas logrando soluciones creativas, innovadoras y eficientes.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO, manifestada en servicios cálidos, humanizados, con sensibilidad y empatía por los derechos del ser humano.

TODOS POR EL BIEN COMÚN, teniendo como principio apoyo en nuestro equipo de trabajo.

SERVIMOS CON EQUIDAD, brindando a cada persona lo que necesita, acorde a sus expectativas.

NOS CAPACITAMOS, participando en los procesos de formación y capacitación que nos brinda la E.S.E., considerándolos como espacios de crecimiento personal y desarrollo de habilidades que generan impacto en nuestro desempeño.

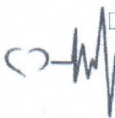
APROVECHAMOS EL TIEMPO, comprometidos con iniciar a tiempo las labores, asistimos puntualmente a las reuniones, aprovechamos al máximo la jornada con que contamos para realizar las tareas y actividades.

CUIDAMOS NUESTROS BIENES, dando uso adecuado al espacio y a los elementos de trabajo, recordamos que son nuestros.

RESPONSABILIDAD SOCIAL, que nos compromete con la comunidad, el medio ambiente, funcionarios y usuarios.

VALORES

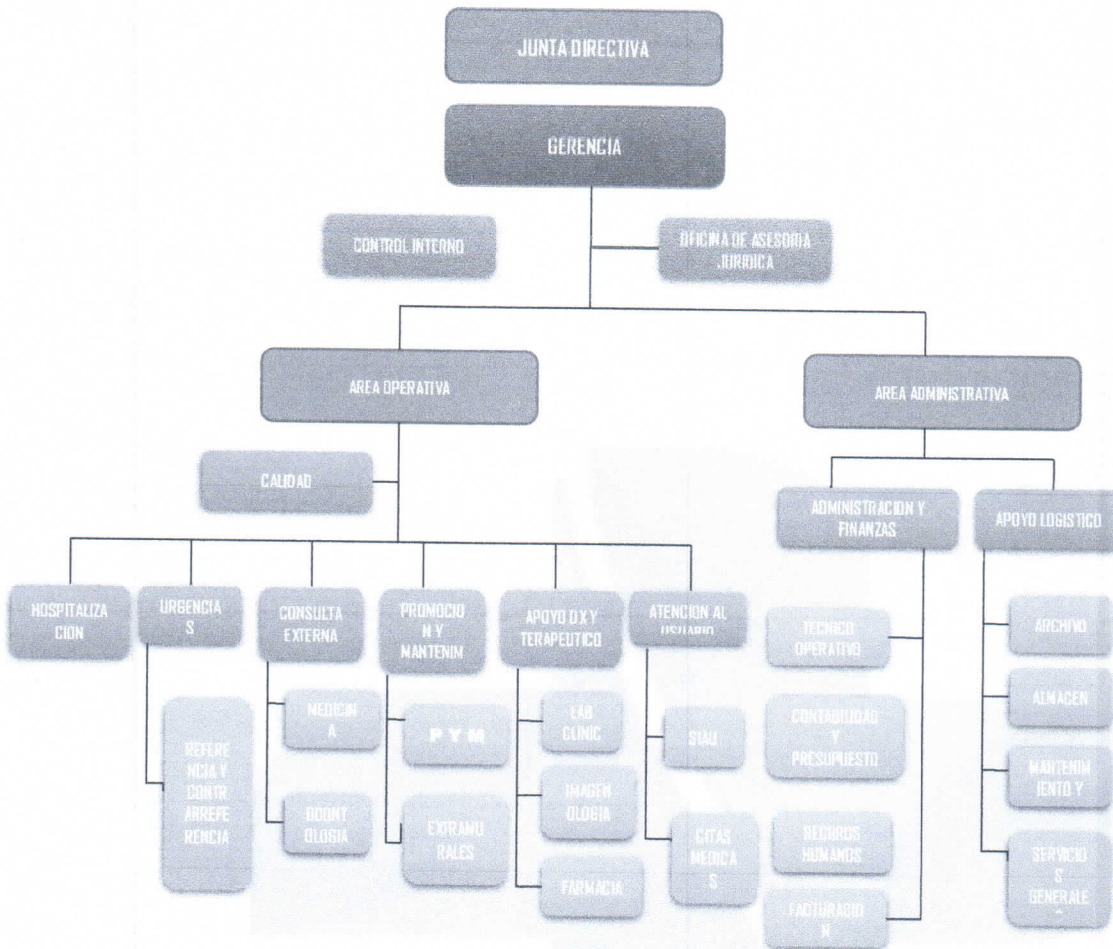
- ÉTICA**, en el quehacer diario, en cumplimiento de nuestro objeto social.
- HONESTIDAD Y HONRADEZ**, como sentido de realización en cada actividad.
- RESPONSABILIDAD**: Con compromiso institucional
- RESPECTO, y AMOR** por las personas
- HUMANIZACIÓN**, en los momentos más necesarios en la vida de todos.





- **SOLIDARIDAD**, por el dolor ajeno.
- **PERTINENCIA**: en beneficio propio e institucional

ORGANIGRAMA



OBJETIVO

Presentar ante la junta directiva de la **E.S.E HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS** el alcance de las metas e indicadores de gestión y resultados relacionados con la



producción y el mejoramiento de la calidad, eficiencia en la prestación de los servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos de acuerdo con lo establecido en la metodología de la Resolución 000710 de 2012, la Resolución 743 de 2013 y la Resolución 408 de 2018.

METODOLOGÍA DE RECOLECCION DE INFORMACION

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

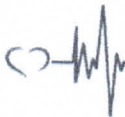
- Solicitud a los diferentes líderes de procesos institucionales, con el fin de que se generen la gestión, Implementación y evaluación de los indicadores con los soportes suficientes para la validación de los resultados, los certificados expedidos contienen la fuente de información de los datos y registros reportados en cumplimiento de la normatividad vigente.
- Impresión de los soportes directamente del cuadro de mando integral el cual se encuentra publicado en la intranet.
- Solicitud de certificados al Ministerio de Salud y Protección Social, para el soporte en el cumplimiento de términos en la presentación de informes rendidos.
- Impresión de pantallazos de la Superintendencia Nacional de Salud, como soporte de presentación oportuna de informes.

METODOLOGIA

Conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y de la Protección Social y la norma marco se definió la presentación del informe del plan de gestión para el período 2022, tomando como referencia lo establecido en la metodología de la Resolución 000710 de 2012, la Resolución 743 de 2013 y la Resolución 408 de 2018.

ESTRUCTURA PLAN DE GESTION GERENCIAL

Se realizó la consolidación, de los resultados de los indicadores del plan de gestión vigencia 2022 de la siguiente forma:





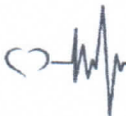
- AREA DE DIRECCION Y GERENCIA: 3 INDICADORES
- AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA: 8 INDICADORES
- AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL: 6 INDICADORES

ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA – 20%

El Área de Gestión de Dirección y Gerencia, propone la evaluación Administrativa y Gerencial, enfocada hacia la coherencia con los planes propuestos previa y/o subsiguientemente, considerando su enfoque hacia el cumplimiento de objetivos comunes, que se interrelacionen y permitan la afinidad con el Desarrollo Institucional.

INDICADOR (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/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior				
ACTIVIDADES Y ACCIONES REALIZADAS	<ul style="list-style-type: none">• Realización de la autoevaluación para la habilitación.• Conformación de los equipos de Autoevaluación acorde con los grupos de estándares aplicables a la ESE.• Se documentaron procesos habilitados y presentar certificación.• Se realizó autoevaluación del componente de acreditación.• Se efectuó seguimiento a planes de mejoramientos de procesos por líder de calidad				
LINEA DE BASE	0	RESULTADO DEL PERIODO 2022	autoevaluación	CALIFICACION	3
FUENTE DE INFORMACION	CERTIFICACION EXPEDIDA POR LIDER DE CALIDAD DE LA ESE – DOCUMENTO AUTOEVALUACION				

Se puede evidenciar que la institución desarrolló la autoevaluación en acreditación, lo que condujo a la priorización adecuada de los procesos, permitiendo la implementación y seguimiento de un plan de mejoramiento acorde con las necesidades, que garantice el mejoramiento continuo, debido a que la autoevaluación deja ver los aspectos críticos sobre los cuales se deben de priorizar las acciones.





INDICADOR (2)	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud				
FORMULA	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría.				
ACTIVIDADES ACCIONES	Y	<ul style="list-style-type: none">• elaboración e implementación del PAMEC de la ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHEZ• elaboración de planes de mejoramiento frente a hallazgos o incumplimiento detectado en las auditorías realizadas a los procesos priorizados.• elaboración y ejecución de cronograma de la acción de mejoramiento• seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas• Realización de retroalimentación con los equipos, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones.			
LINEA DE BASE	0,95%	RESULTADO DEL PERIODO 2022	0,98%	CALIFICACION	5
FUENTE DE INFORMACION	CERTIFICACION EXPEDIDA POR LIDER DE CALIDAD DE LA ESE RESULTADOS PLANES DE MEJORAMIENTO				

La Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada en la atención salud que reciben los usuarios. Como componente esencial del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, reglamentado por el Decreto 1011 de 2.006.

Al revisar el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad implementado en la ESE pudimos evidenciar que no cumplía con los parámetros normativos por lo que se dispuso la elaboración e implementación del PAMEC nuevo que permitiera evidenciar el comportamiento de los diferentes servicios frente a sus procesos, teniendo en cuenta la ruta crítica y partiendo del hecho que se venía trabajando con procesos teóricos desactualizados que no eran llevados a la práctica, es por tanto que fueron priorizadas 73 actividades de las cuales 72 pudieron desarrollarse dando cumplimiento de estas, alcanzando un 98,8% de su ejecución.





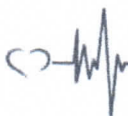
INDICADOR (3)	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional				
FORMULA	Número de metas del plan operativo anual cumplidas/ Número de metas del plan operativo anual programadas.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES REALIZADAS	<ul style="list-style-type: none">• actualización e implementación del Plan de Desarrollo Institucional.• presentación y aprobación junta directiva• socialización con los líderes de procesos• Evaluación y seguimiento de su ejecución				
LINEA DE BASE	0,93	RESULTADO DEL PERIODO 2022	0,98	CALIFICACION	5
FUENTE DE INFORMACION	INFORME DE CONTROL INTERNO DE LA ESE				

Teniendo en cuenta que el plan operativo anual fue actualizado y aprobado por la junta directiva y adoptado en la institución mediante resolución y en vista de que, a pesar de ser un plan para cumplimiento de actividades anuales, se alcanzó a desarrollar en un 98% en vista de que el tiempo para la evidencia de ciertos procesos fue muy limitado.

A. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%

La evaluación de la situación financiera y administrativa de la **E.S.E. HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ**, conduce hacia la valoración de los antecedentes, que indiscutiblemente transfiere la posibilidad de establecer políticas claras de mejoramiento.

De cualquier manera, la contingencia permite estimar estrategias hacia la consolidación presupuestal de una Empresa que se proyecta hacia la auto sostenibilidad, dejando presente como primordial la optimización de dichos recursos hacia el mejoramiento en la calidad de la prestación de los servicios de salud.

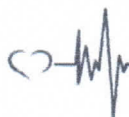


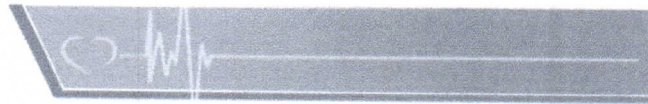


INDICADOR (4)	Riesgo Fiscal y Financiero			
FORMULA	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo			
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento del recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta de glosas. • Depuración efectiva de la cartera a fin de establecer información real y confiable. • Optimización de la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción. • Sensibilización a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos. • Reportar información oportuna, veraz y confiable al MPS • Realizar análisis y plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados y la calificación. • Establecer metodología de priorización y seguimiento a las acciones del plan de mejoramiento. 			
LINEA DE BASE	Sin Riesgo	RESULTADO DEL PERIODO 2022	No aplica	CALIFICACION
FUENTE DE INFORMACION	Para el año 2022 No se aplicó porque la Resolución 856 estuvo vigente hasta el 30 de Junio de 2022			

A partir de mayo de 2.012, el Ministerio de Salud y Protección Social, definió los criterios a tener en cuenta para la reglamentación y posterior expedición de Certificaciones de Categorización en cuanto al Riesgo Fiscal y Financiero para las Empresas Sociales del Estado.

Desde el año 2016 la calificación la ESE ha sido categorizado en SIN RIESGO, aunque existe una amenaza inminente que podría llevar al riesgo fiscal y financiero, debido al fallo en contra de la ESE en segunda instancia por procesos judiciales por responsabilidad médica que cursan de vigencias anteriores, lo cual es sumamente preocupante, puesto que financieramente es inviable cubrir esta obligación.



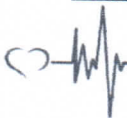


INDICADOR (5)	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida				
FORMULA	((Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/No. De UVR Producidas en la vigencia)/(Gastos comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/No. de UVR producidas en la vigencia anterior))				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Estimar el presupuesto de ingresos y gastos de cada vigencia, aplicando las normas y principios presupuestales y de planeación en busca de eficiencia y eficacia en el cumplimiento de las metas institucionales. • Estandarizar políticas presupuestales mediante la implementación de manual de políticas contables y presupuestales en la ESE • Análisis presupuestal trimestral, observando variaciones y relación con proyectos planteados. 				
LINEA DE BASE	1,45	RESULTADO DEL PERIODO 2022	0,87	CALIFICACION	5
FUENTE DE INFORMACION	Ficha técnica de la página web del SIHO del MSPS – Certificación Contadora ESE				

Cumplir con este indicador fue un gran reto puesto que existía en la ESE unos pasivos que debían ser cancelados para la vigencia 2022, sin embargo, aplicando políticas de austeridad y compromiso con el recaudo, recuperación de cartera logramos minimizar estos, obtuvimos un puntaje de 0,87 al aplicar la formula.

Es un indicador que hemos venido mejorando favorablemente para la ESE; los resultados observados son reflejo de la disminución en el gasto con relación a la vigencia anterior.

INDICADOR (6)	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos				
FORMULA	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES REALIZADAS	<ul style="list-style-type: none"> • Reformular e incluir este mecanismo en el manual de contratación. • Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de Medicamentos e insumos. • Implementar metodología de control y seguimiento 				
LINEA DE BASE	0	RESULTADO DEL PERIODO 2022	0	CALIFICACION	0
FUENTE DE INFORMACION	Certificación firmada por el contador y el responsable de control interno de la ESE				

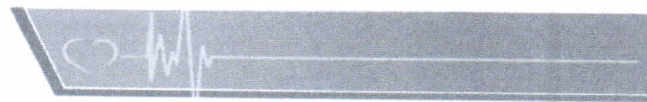




Existe inconvenientes para contratar la adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico con cooperativas de hospitales por sus elevados costos y calidad de los insumos; con respecto a las compras electrónicas se violarían los principios de la función administrativa y el estatuto de contratación por lo cual en el hospital se desarrollan invitaciones publicas garantizando los principios de publicidad, objetividad, pluralidad y selección objetiva utilizando la página WEB del hospital y el SECOP para todos los pasos del proceso de selección, actualmente los proveedores en su mayoría son laboratorios directos y exclusivos, eliminando intermediarios que elevan los costos de producción con los cuales se realiza contratación directa lo que afecta la evaluación satisfactoria del indicador.

INDICADOR (7)	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior				
FORMULA	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación - Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, (en valores constantes)				
ACTIVIDADES Y ACCIONES REALIZADAS	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar los recursos suficientes que garanticen liquidez al Hospital • Cumplir y hacer cumplir las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de contratación. • Hacer seguimiento a los pagos en los términos establecidos 				
LINEA DE BASE	Variación Negativa	RESULTADO DEL PERIODO 2022	0	CALIFICACION	5
FUENTE DE INFORMACION	Certificación firmada por el contador de la ESE - Ficha técnica de la página web del SIHO del MSPS				

A corte de 31 de diciembre de 2022, se adeudaban \$0 correspondiente de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal indirecto o externalización de servicios. Indicando con ellos que se mantiene el comportamiento iniciado para la vigencia 2021 la deuda por los mismos conceptos se encontraba en \$0. Y aplicando mecanismos de recuperación de cartera con algunas EPS de los valores adeudados, la realización de convenios interadministrativos con el municipio, venta de servicios por administración de vacunación COVID_19 se pudieron generar ingresos que permitieron cancelar oportunamente a nuestros funcionarios sus salarios y a los prestadores sus honorarios.



INDICADOR (8)	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS				
FORMULA	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitado, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES REALIZADAS	<ul style="list-style-type: none">• Revisar la base de datos y actualizar la parametrización de los módulos del sistema de información.• Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información.• Procesar, validar y analizar el dato.• Consolidar y analizar la información generada en los RIPS, con presentación de informe a la Junta Directiva.				
LINEA DE BASE	4	RESULTADO DEL PERIODO 2022	4	CALIFICACION	5
FUENTE DE INFORMACION	Informe del responsable de control interno de la ESE				

Durante la vigencia 2022, la gerencia presentó ante la junta directiva de manera trimestral el informe de análisis de prestación de servicios de la ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS con base en los RIPS de la vigencia, este informe contiene la caracterización de la población capitado, las primeras causas de morbilidad y la frecuencia de uso de los servicios, como consta en las actas de reunión de junta directiva.

INDICADOR (9)	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo				
FORMULA	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES REALIZADAS	<ul style="list-style-type: none">• Definir el plan de ventas acorde a capacidad instalada.• Verificar contratación actual y definir política de venta de servicios.• Maximizar la productividad de la capacidad instalada.• Armonizar la producción, la facturación y el recaudo.• Evaluar el plan anual de compras y su comportamiento.• Implementar un Plan de Austeridad del Gasto- Cero Desperdicio.• Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados.• Optimizar los costos				
LINEA DE BASE	0,86	RESULTADO DEL PERIODO 2022	1,01	CALIFICACION	5
FUENTE DE INFORMACION	Ficha técnica de la página web del SIHO del MSPS				

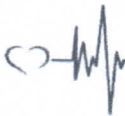


Acorde con el resultado del presente indicador, se concluye que el total del recaudo por concepto de ingresos, asume que por cada peso del total de los gastos comprometidos para la vigencia 2.022, hay 1.01 centavos del total de ingresos recaudados para cubrir el gasto en la **E.S.E. HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ**.

El comportamiento con relación a la vigencia anterior se mantiene, En coherencia con el análisis previo de los indicadores, respecto de los recursos comprometidos, versus recursos recaudados, lo que lleva a continuar en el ejercicio de mejorar el comportamiento de los compromisos frente al recaudo de los ingresos hasta llegar al equilibrio presupuestal de la ESE. ANEXO No 9

INDICADOR (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				
ACTIVIDADES Y ACCIONES REALIZADAS	<ul style="list-style-type: none">• Ajustar el sistema de información que permita generar información confiable.• Realizar análisis y retroalimentación a los datos arrojados por el sistema.• Establecer planes de mejora permanente a la información.• Reportar de manera oportuna el informe semestral en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud.				
LINEA DE BASE	100%	RESULTADO PERIODO 2022	DEL	100%	CALIFICACION 5
FUENTE DE INFORMACION	Certificación Técnico Administrativo ESE - Certificación superintendencia Nacional de Salud				

Desde el inicio de este período de Gerencia, realiza vigilancia y hace seguimiento permanente al cumplimiento de las exigencias legales, el hospital ha dado cumplimiento a los reportes de la circular única como lo demuestran los pantallazos tomados del aplicativo de la supersalud, indicando con ello que la ESE cumple con los diferentes reportes oportunamente. ANEXO No 10.





INDICADOR (11)	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya				
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente				
ACTIVIDADES Y ACCIONES REALIZADAS	<ul style="list-style-type: none"> Realizar seguimiento a través del cronograma de informes y responsables. Conciliar la información de manera permanente entre las áreas Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información Trimestral, semestral y anual del Decreto 2193. 				
LINEA DE BASE	100%	RESULTADO DEL PERIODO 2022	100%	CALIFICACION	5
FUENTE DE INFORMACION	Certificación Técnico Operativo ESE - Certificado Ministerio de Salud y Protección Social				

El reporte de Información en Cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, durante la vigencia 2022, se realizó de forma oportuna en cada periodo evaluado: trimestral, semestral y anual mediante reuniones previas al envío por el equipo multidisciplinario de la ESE a los entes de control los formularios fueron socializados y analizados, lo que favoreció el mejoramiento de la calidad de la información reportada, así como la identificación de oportunidades de mejora y toma de correctivos oportunos.

B. ÁREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

INDICADOR (21)	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación				
FORMULA	No de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron al programa de control prenatal de la ESE. A más tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES REALIZADAS	<ul style="list-style-type: none"> Realizar procesos de inducción y re inducción del Talento Humano Desarrollo de Habilidades en Comunicación asertiva para el Equipo de Salud. Diseño de estrategias para ampliar la cobertura en programas de Protección Específica y Detección Temprana Seguimiento, evaluación y socialización de resultados de estrategias planteadas. Contratar personal para demanda inducida. Dotación de recurso tecnológico. Articulación de las instituciones y la comunidad. 				
LINEA DE BASE	0,90	RESULTADO DEL PERIODO 2022	0,91	CALIFICACION	5
FUENTE DE INFORMACION	Informe del Comité de Historias Clínicas				



La E.S.E. HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ, del Municipio de Manaure Cesar, ha desarrollado acciones en aras de incentivar la inscripción oportuna de las gestantes en el Programa de Control Prenatal: Desde la demanda inducida domiciliaria, hasta la educación con sensibilización por parte de los profesionales de la institución durante la atención, articulación con comisaría de Familia y Secretaría de Salud Municipal a través del Plan de Acción en Salud. Sin embargo, aún persisten gestantes que no son conscientes de la importancia del ingreso al control prenatal de forma temprana, antes de la semana 12 de gestación, algunas influenciadas por sus raíces culturales como ocurren con las mujeres pertenecientes a la raza indígena, o migrantes venezolanas a quienes ha sido necesario traerlas a la institución casi de manera forzada y porque el embarazo ya está muy avanzado. ANEXO No 21

INDICADOR (22)	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE				
FORMULA	Numero de recién nacido con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia				
ACTIVIDADES Y ACCIONES REALIZADAS	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización del personal en la Estrategia de Atención Primaria en Salud. • Seguimiento y evaluación de adherencia a Guías de Práctica Clínica. • Desarrollo de Habilidades en Comunicación asertiva para el Equipo de Salud. • Diseño de estrategias para la captación y permanencia de la población objeto en el Programa. • Evaluar los procesos de inducción y re inducción del Talento Humano e Implementar planes de mejoramiento. • Seguimiento, evaluación y socialización de resultados de estrategias planteadas. 				
LINEA DE BASE	0	RESULTADO DEL PERIODO 2022	0 casos	CALIFICACION	5
FUENTE DE INFORMACION	Concepto de COVE Municipal				

En la **E.S.E. HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ**, Municipio de Manaure, Balcón del Cesar, durante la atención de partos en la institución no se presentaron casos de Sífilis Congénita, en la vigencia 2022. La institución ha realizado socialización del guía de atención de detección temprana al personal que maneja los programas de Promoción y Prevención, así como también de las guías que para el manejo de la sífilis gestacional y congénita ha emitido el Ministerio de Salud. ANEXO No 22

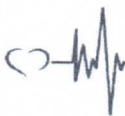




INDICADOR (23)	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva				
FORMULA	Numero de Historias Clínicas con la aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE/Total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de atención.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES REALIZADAS	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar e implementar un Programa de Hipertensión estructurado que cuente con las exigencias de la normatividad vigente. • implementar el Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. • Articulación de los procesos de Auditoría Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento. 				
LINEA DE BASE	0,90	RESULTADO DEL PERIODO 2022	0,94	CALIFICACION	5
FUENTE DE INFORMACION	Informe de Comité de Historias Clínicas				

Durante la vigencia se produjo un avance importante en cuanto al diligenciamiento permanente y continuo de la Historia Clínica Sistematizada, lo cual ha favorecido que la aplicación de las guías de atención de Enfermedad Hipertensiva sea más estricta. ANEXO No 23

INDICADOR (24)	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y Desarrollo				
FORMULA	Numero de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó es de la guía de atención para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo/Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consult crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES REALIZADAS	<ul style="list-style-type: none"> • implementar el Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, • Articulación de los procesos de Auditoría Interna del sistema de Gestión de Calidad sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento. • Articulación de los Sistemas de información • Capacitación del personal a cargo del programa en Resolución 3280 de 2018 				
LINEA DE BASE	0,85	RESULTADO DEL PERIODO 2022	0,97	CALIFICACION	5
FUENTE DE INFORMACION	Informe de Comité de Historias Clínicas				





Las Historia Clínica para la atención de crecimiento y desarrollo se encuentra ajustada según las guías de manejo o atención institucionales que han sido adoptadas y adaptadas del Ministerio de Salud, entre ellas la guía de detección temprana de las alteraciones en el menor de 10 años, y la resolución 3280 de 2018 garantizando así su aplicación. ANEXO No 23

INDICADOR (25)	Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas				
FORMULA	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente en menos de 72 horas/Total de consultas del servicio de urgencias durante el período.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES REALIZADAS	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento al movimiento del paciente desde el área de facturación • Implementar el Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, • Articulación de los procesos de Auditoría Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento. • Articulación de los Sistemas de información. 				
LINEA DE BASE	0,162	RESULTADO DEL PERIODO 2022	0,001	CALIFICACION	5
FUENTE DE INFORMACION	Certificación Líder de Calidad ESE - Ficha técnica de la página web del SIHO del MSPS				

El resultado obtenido es congruente con la realidad de la institución, donde el manejo de cuadros clínicos que no competen son remitidos a una institución de complejidad mayor, y los reingresos al servicio de urgencias en su mayoría correspondieron a las infecciones respiratorias agudas teniendo en cuenta el período de pandemia por COVID-19.

INDICADOR (26)	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General				
FORMULA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/número total de consulta medicas generales asignadas en la institución.				
ACTIVIDADES Y ACCIONES REALIZADAS	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio. • Actualizar el análisis de oferta y demanda para el servicio en mención con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de medicina interna de acuerdo al anterior análisis. 				
LINEA DE BASE	5,692 días	RESULTADO DEL PERIODO 2022	1,341	CALIFICACION	5
FUENTE DE INFORMACION	Certificación Líder de Calidad ESE - Ficha técnica de la página web del SIHO del MSPS				



La E.S.E HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ, del Municipio de Manaure Cesar, para el 2021 obtuvo un promedio de 1,416% indicando con ello que venimos dándole cumplimiento del indicador donde no debe ser superior a 3 días entre la solicitud de la cita por el usuario y la asignación por parte de la IPS tratante. Este indicador es medido de forma mensual desde la oficina de Calidad de la Institución, y las agendas médicas son construidas atendiendo al comportamiento de este indicador, para la vigencia 2022 obtuvimos 1,341 días entre la solicitud de la cita y la asignación. ANEXO No 26.

CONCLUSIONES GENERALES

En cumplimiento del plan de gestión para la vigencia 2020-2024 ha sido satisfactorio, Durante la vigencia 2022, los indicadores financieros han sido favorables para la ESE, debido a que el equilibrio por recaudo presenta un mayor valor 1,01 frente a un 1,02 de la vigencia anterior, indicando que la ESE alcanza a cubrir las obligaciones adquiridas por recaudo, lo que indica que por cada \$1 que la ESE compromete en sus obligaciones, logra reconocer ante la entidad responsable de pago \$1,17 y recauda \$1,01, esto resulta del trabajo adelantado con la EPS Nueva EPS, ya que para la vigencia logramos un ajuste a la UPC. Se hace necesario continuar con la gestión de cobro efectiva ante las entidades responsables de pago, por otro lado, es preocupante el tema de los procesos judiciales que cursan en contra de la ESE, donde ya se tiene un fallo en segunda instancia por reparación directa de un valor aproximado de \$450.000.000, con radicación de cuenta de cobro del mes de febrero de 2020, se sugiere realizar dentro del plazo legal conciliación con los afectados.

Si miramos el comportamiento año tras año de los indicadores asistenciales se puede concluir que la producción ha aumentado en todos los servicios, es importante resaltar el compromiso del equipo de trabajo que acompaña a la gerencia de la ESE con el fin de dar cumplimiento a nuestra misión en la prestación de servicios en promoción y mantenimiento de la salud que es nuestra razón de ser en el primer nivel de atención, los indicadores de calidad también han sido satisfactorios La E.S.E HOSPITAL JOSÉ ANTONIO SOCARRÁS SÁNCHEZ, ha mantenido un promedio aceptable en la oportunidad en la atención de consulta médica general y en los reingresos hospitalarios por urgencias, ha mejorado los sistemas de información y la oportunidad en los reportes ante los entes de control.

DAIRIS ARMENTA MUEGUES

Gerente

