

ACUERDO No. **09** 2018

( 10 ARR 2018 )

Por medio del cual se evalúa el cumplimiento del Plan de Gestión de la Gerente de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, para el período comprendido entre el 1º de Enero y el 31 de Diciembre de 2017.

## LA JUNTA DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA,

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el artículo 11 del Decreto 1876 de 1994, Resolución 00710 de 2012, la Resolución 00743 de 2013, Resolución 408 de 15 de Febrero de 2018 y

### CONSIDERANDO:

Que la Gobernación de Boyacá, mediante Decreto 255 de 2016, nombró a la Doctora LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ, identificada con la cédula de ciudadanía número 46.670.758 de Duitama, como Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja, para el periodo comprendido entre 2016-2020 según acta de posesión No. 117 de 1 de abril de 2016.

Que mediante Acuerdo No. 05 de 2016 se aprobó el Plan de Gestión de la Gerente de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.

Que la Resolución 00710 de 2012 fue modificada por la Resolución 408 de 2018, modificada por la Resolución 743 de 2013 Por medio de la cual se adoptan las condiciones y 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.

Que la Resolución 743 de 2012 modifico la Resolución 710 de 2012 y se dictaron otras disposiciones

Que el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 0408 del 15 de febrero de 2018 por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

Que en virtud de lo anterior, la Gerente de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja proyecta el ajuste al Acuerdo No. 05 de 24 de Mayo de 2016 por medio del cual se aprueba el Plan de Gestión de la Gerente de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, a los lineamientos establecidos en la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social No. 408 del 15 de febrero de 2018.

Que la Junta Directiva mediante Acuerdo No. 07 del 9 de marzo de 2018 aprueba el ajuste al Acuerdo No. 05 de 24 de Mayo de 2016 por medio del cual se aprueba el Plan de Gestión de la Gerente de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, a los lineamientos establecidos en la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social No. 408 del 15 de febrero de 2018.

Que la Doctora LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ, Gerente de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, presentó dentro de los términos establecidos en el artículo 3º de la Resolución 408 de 2018, con fecha 26 de marzo de 2018 por correo certificado, los documentos requeridos para la evaluación del plan de gestión.

Que al no existir una publicación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud sobre el cumplimiento de los indicadores números 2 y 10 de la Resolución 408 de 2018, se solicitó esta información por correo electrónico de fecha 23 de marzo de 2018.

09  
10 ABR 2018

Que mediante correo electrónico de fecha 29 de marzo de 2018, la Gerente de la ESE Hospital San Rafael de Tunja envió a cada integrante de la junta directiva la evaluación reportada por la Superintendencia Nacional de Salud sobre el cumplimiento de los indicadores números 2 y 10 según lo definido en la Resolución 408 de 2018.

Que la Gerente de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja Dra. LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ, presentó y sustentó ante la Junta Directiva el Informe del Plan de Gestión para el periodo comprendido entre el 1º de Enero y el 31 de Diciembre de 2017, en reunión de Junta Directiva realizada el 10 de abril del año 2018.

Que para cumplir con la evaluación, se adoptan los estándares e indicadores establecidos en los Anexos de la Resolución No. 00710 de 2012, modificada por la Resolución 00743 de 2013 y la Resolución 0408 del 15 de febrero de 2018, que contienen la información de base e indicadores, Que la matriz e instructivo de calificación fue calificado por cada integrante de la Junta Directiva y consolidado en el anexo resumen que forma parte integral del presente acuerdo, en sesión realizada el día 10 de abril de 2018 y que consta en el Acta No. 06 de 2018.

Que mediante correo electrónico de fecha 29 de marzo de 2018, la Gerente de la ESE Hospital San Rafael de Tunja envió a cada integrante de la junta directiva la evaluación reportada por la Superintendencia Nacional de Salud sobre el cumplimiento de los indicadores números 2 y 10 según lo definido en la Resolución 408 de 2018.

Que en mérito de lo expuesto,

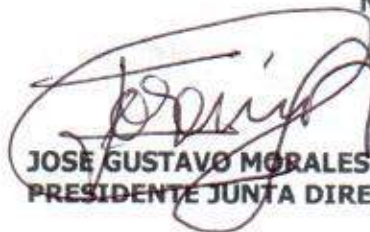
### ACUERDA:

**ARTÍCULO PRIMERO.-** EVALUAR LA GESTION DE LA GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, de conformidad con la Resolución 408 de 2018 de 15 Febrero de 2018. EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE GESTIÓN de la Doctora LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ, Gerente de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, para el periodo comprendió entre el entre el 1º de Enero y el 31 de Diciembre de 2017, según Anexo No. 4 Matriz de calificación de la Resolución 0408 de 2018 obtuvo un puntaje total de CUATRO PUNTO VEINTICUATRO (4.24), con un criterio de SATISFACTORIA y un Cumplimiento del PLAN DE GESTION superior al 70%, de conformidad con el Anexo No. 5 escala de resultados de la Resolución 710 de 2012, anexo en cuatro (04) folios.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** NOTIFICACIÓN Y RECURSOS.- De conformidad con lo previsto en el Artículo 74 numeral 74.3 de la Ley 1438 de 2011, la presente decisión deber notificarse personalmente a la Gerente de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, la cual es susceptible del recurso de reposición ante la misma junta, en los términos del artículo 74 numeral 74.4 de la precitada Ley.

Dado en Tunja, a los 10 ABR 2018

### NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



**JOSE GUSTAVO MORALES GUARIN**  
PRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA



**GERMAN RODRIGUEZ PEREZ**  
SECRETARIO AD HOC JUNTA DIRECTIVA

PLAN DE GESTION E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA 2017																
Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Fórmula del Indicador	Pesificación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2016	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2017	Resultado período evaluado 2017	SOPORTES INDICADOR
										0	1	3	5			
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a unidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	0,05	≥ 1,20	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior	2,15	LIDER ACREDITACION	<1	1-1,00	1,01-1,09	≥ 1,20	3	0,15	1
	2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de las plenas de mejora del componente de auditoría registradas en el PAMEC.	0,05	≥ 0,90	Superintendencia Nacional de Salud	100%	LIDER ACREDITACION	<= 0,5	0,51-0,70	0,71-0,89	≥ 0,9	5	0,25	2
	3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	0,10	≥ 0,90	Informe de monitoreo responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el estado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado	97,0%	OPCEDA ASESORA DE CONTROL INTERNO	<= 0,3	0,31-0,70	0,71-0,89	≥ 0,9	3	0,3	3
	4	Nivel I, II y III COR CATEGORIZACIÓN DE RIESGO: ALTO O MEDIO	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Seguimiento Fiscal y Financiero	0,05	Adopción del Programa de Seguimiento Fiscal y Financiero	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el programa de Seguimiento Fiscal y Financiero para los E.S.E. categorizados con Riesgo medio o alto	NA	NO APLICA	Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y NO fue			Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y	NA	4	
	5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producido (1).	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia)]/[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año del objeto de evaluación- / Número UVR producidas en la vigencia anterior ]	0,057142857	< 0,90	Ficha técnica de la página Web del SIO del Ministerio de Salud y Protección Social	11%	FINANCIERA	>1,30	1,0-1,30	0,9-0,99	< 0,9	1	0,057142857	5

Financiera y Administrativa 40%	6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras Conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizados mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a. compras conjuntas b. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c. compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	0,057142857	≥ 0,70	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en copia de control con el mismo fiscal, que indique el contenido y el resultado de control interno de la ESE. La certificación deberá ser emitida en:	3M	CONTRATACION-ALMACEN	< 0,3	0,30-0,50	0,51-0,80	≥ 0,70	5	0,285714286	6
	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.	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación / (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior. )	0,057142857	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que contenga el valor de los variables incluidos en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.	Cero (0) o variación negativa	REVISORÍA FISCAL	Deuda + VARIACION POSITIVA	Deuda + VARIACION O	Deuda + VARIACION NEGATIVA	Deuda 0	5	0,285714286	7
	8	Nivel I, II y III	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones -RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación.	0,057142857	4	Informe del responsable de Prestación de la ESE o quien haga sus veces, reportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS evaluados.	4	CALIDAD - EPIDEMIOLOGIA	1 Informe RIPS o no presentado Informe	2 Informes RIPS	3 Informes RIPS	4 o más Informes RIPS	5	0,285714286	8
	9	Nivel I, II y III	Resultados Equilibrio Presupuestal con Recaudado.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CaC de vigencias anteriores / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CaP de vigencias anteriores.)	0,057142857	≥ 1,00	Ficha técnica de la página Web del SIND del Ministerio de Salud y Protección Social	0,00	FINANCIERA	< 0,8	0,90-0,90	0,91-0,99	≥ 1	1	0,057142857	9
	10	Nivel I, II y III	Oportunidad en el entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que lo sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	0,057142857	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud	Cumplimiento dentro de los términos previstos de la normatividad vigente	OFICINA DE CALIDAD	No oportunidad de la información en cumplimiento Circular Única Expedida Por la SUPERSAUD				Presentación Oportuna de la información en cumplimiento Circular Única Expedida Por	5	0,285714286

Gestión Clínica o asistencial 40%	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 6, título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 790 de 2016- Decreto Único Reglamentario del sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	0,25714286	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social	Cumplimiento dentro de los términos previstos de la normatividad vigente.	CALIDAD - FINANCIERA	No oportunidad reporte información Decreto 2193 de 2004				Preservación oportuna de información Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 6, título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto.	5	0,265714286	11
	12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Número de historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia / Número total de Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación.	0,07	≥0,80	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.	72,30%	AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS	< 0,3	0,30-0,35	0,56-0,70	≥ 0,80		5	0,35	12
	13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida (3).	Número de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación/ Total de historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso	0,05	≥0,80	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.	80,70%	AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS	< 0,3	0,30-0,35	0,56-0,70	≥ 0,80		5	0,25	13
	14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de Apendicectomía.	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al ingreso, a quienes se les realizó la Apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al ingreso en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0,90	Informe de Subgerencia clínica de la ESE o quien haga sus veces que contenga como mínimo: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga	94%	ASESOR PRESTACION DE SERVICIOS	< 0,31	0,51-0,70	0,71-0,89	≥ 0,90		5	0,25	14
	15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco - aspirativa de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación- número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	0,05	Cero (0), o variación negativa	Informe de referencia o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador	Cero (0), o variación negativa	EPIDEMIOLOGIA	Variación interanual positiva	Variación interanual cero (0)	Variación interanual negativa		NO registrar eventos de neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos	5	0,25	15
	16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al ingreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo del miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0,90	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía y aplicación de la fórmula del indicador.	90,30%	AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS	< 0,51	0,51-0,70	0,71-0,89	≥ 0,90		5	0,25	16

17	Nivel II y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	0,05	≥0,90	Informe de referente o equiva institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de	100%	EPIDEMIOLOGIA - CALIDAD	≤ 0,51	0,51-0,70	0,71-0,89	≥ 0,90	3	0,25	17
18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	0,02	≤ 5	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	3,74	COORDINADOR CONSULTA EXTERNA	≥10 días	8 y 9 días	6 y 7 días	≤ 5 días	3	0,15	18
19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	0,03	≤ 8	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	3,9	COORDINADOR CONSULTA EXTERNA	≥16 días	11 y 15 días	9 y 10 días	≤ 8 días	3	0,15	19
20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	0,02	≤ 13	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	6,1	COORDINADOR CONSULTA EXTERNA	≥30 días	23 y 29 días	16 y 22 días	≤ 15 días	3	0,1	20
<b>CALIFICACIÓN TOTAL</b>													<b>4,24</b>		

ESCALA DE RESULTADOS		
RANGO CALIFICACION (0,0- 5,0)	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN
PUNTAJE TOTAL ENTRE 0,0 Y 3,49	INSATISFACTORIA	MEJOR AL 70%
PUNTAJE TOTAL ENTRE 3,50 Y 5,0	SATISFACTORIA	IGUAL O SUPERIOR AL 70%