

PLAN DE GESTIÓN E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA 2024 – 2027



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
NIT. 891.800.231

GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZÁLEZ
GERENTE

Decreto de Nombramiento No 326 de 27 de marzo

Mayo de 2024

JUNTA DIRECTIVA

Dra. SARA LORENA VEGA FLORES

Asesor del Despacho – Delegada del Sr. Gobernador
Presidente Junta Directiva

Dr. OSCAR MANUEL JIMENEZ ESPINOSA

Secretario de Salud de Boyacá

Dr. WALTER ENRIQUE RINCON GUEVARA

Representante del Sector Científico Externo

Dr. JAVIER ANTONIO QUITO VIASUS

Representante del Sector Científico Interno

Sr. GERMAN DE LA CRUZ RODRIGUEZ PEREZ

Representante de los Gremios de la Producción del Área de Influencia

Sr. CARLOS ARTURO BERNAL CARO

Representante de los Usuarios



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405060



www.hospital-sanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospital-sanrafaeltunja.gov.co



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254
PROGRAMA
MADRE CANGURO



SA-CER560814



ISO 45001

OS-CER55952

COMITÉ DIRECTIVO

Dr. GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZÁLEZ
Gerente

Dr. JULIO CESAR PIÑEROS CRUZ
Subgerente Servicios de Salud

Dr. OSCAR ARGELIO CELY
Subgerente Administrativo y Financiero

Dra. MÓNICA MARÍA LONDOÑO FORERO
Asesora de Desarrollo de Servicios



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254
PROGRAMA
MADRE CÁNCERO



SA-CER560814



OS-CER55952

PRESENTACIÓN

El plan de gestión a ejecutar es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja en el que se consolidan los compromisos que la Gerencia acuerda con la Junta Directiva y se plasman las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

Así mismo se desarrolló según los lineamientos de los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, reglamentado por la Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013 y Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva desarrollando sus componentes de Gestión de Dirección y Gerencia; Financiera y Administrativa, y Gestión Clínica o Asistencial, apuntándole al cumplimiento de los objetivos y políticas estratégicas de la institución y en articulación con su plataforma estratégica que permitirá alcanzar el logro de la Visión institucional y demás directrices generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en especial con la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y con el Plan Decenal de Salud Pública.

La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja construyó el Plan de Gestión en conjunto con el equipo de trabajo del área directiva, asistencial y administrativa, de manera secuencial iniciando desde la identificación de la fuente de la información, consolidación de la línea de base y diagnóstico hasta la formulación de estrategias a implementar para alcanzar las metas para cada indicador.

OBJETIVO

Establecer metas de gestión y resultados de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, para el periodo 2024 – 2027 en el que se identifican los compromisos de la Gerencia, con respecto a la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de servicios en salud, en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, y Gestión Hospitalaria

MARGO LEGAL

- Ley 152 de 1992. Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
- Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general dictan otras disposiciones. Artículo 72: Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales. Artículo 73: procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Artículo 74: Evaluación del plan de gestión del director o gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
- Resolución 710 de 2012. 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.
- Resolución 743 de 2013 Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7406000



gerencia@hospitalsanrafaelantunja.gov.co



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254
PROGRAMA
MADRE CANGURO



SA-CER560814



OS-CER55952

- Ley 1797 de 2016, Por la Cual se Dictan Disposiciones que Regulan la Operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se Dictan Otras Disposiciones. Artículo 20. Nombramiento de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado.
- Resolución 408 de 2018. Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

COMPONENTES PLAN DE GESTIÓN

El Plan de Gestión, adoptó las condiciones y metodología, descritas en la Resolución 0710 de 2012 y se constituye en el documento que refleja los compromisos para el actual periodo Gerencial del Hospital San Rafael de Tunja, respecto a las metas de gestión y resultados definidos en las siguientes áreas de gestión:

- DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%).
- GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%).
- GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%).

METODOLOGÍA

De conformidad con la Resolución 710 de 2012, la formulación del Plan de Gestión contempla el desarrollo de 5 fases:

Fase de Preparación: Corresponde a la identificación de fuentes de información para establecer la línea de base y formular el Plan de Gestión.

La línea de base será entendida, como el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial

Fase de Formulación: Diagnóstico inicial de la Empresa Social del Estado para cada uno de los indicadores incluidos en la matriz correspondiente. Este diagnóstico debe reflejar con evidencias suficientes, las condiciones en las cuales se encuentra cada indicador, tanto cuantitativa como cualitativamente de tal manera que permita conocer desde dónde se está partiendo y cuáles son los retos implicados para cambiar la situación de la empresa mediante las actividades que se plantean más adelante. A partir de la información contenida en el Diagnóstico inicial, se diseña un escenario en el cual, con la resolución de los problemas y/o el desarrollo de las prioridades establecidas, se obtiene una nueva situación o proyección de referencia. Es decir, que, atendiendo a los estándares específicos de cada indicador, se describirán los logros a alcanzar por Área de Gestión, de tal manera que se refleje en esta descripción cualitativa, los cambios que se evidenciarán al final del período del Gerente

A partir de los indicadores y su respectivo estándar, que se convierte en meta del Plan de Gestión, se procede a determinar las metas anuales, por parte del Gerente. Debe tenerse en cuenta que, para la primera vigencia fiscal del Plan de Gestión, no se contará con un año completo, por lo cual en la etapa de formulación y aprobación del mismo, el Gerente y Junta Directiva tendrán la precaución de estipular las



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitaluniversitariosanrafael.tunj.gov.co
Gerente@hospitalosanrafaeltunja.gov.co



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254
PROGRAMA
MADRE GANGURO



SA-CER560814



OS-CER55952

metas de la primera vigencia con base en el tiempo efectivo para la ejecución de las actividades incluidos en dichas metas.

Fase de Aprobación: En esta fase, el Gerente de la Empresa Social del Estado, presenta el proyecto de Plan de Gestión a la Junta Directiva de la entidad, dentro de los términos legales. La Junta lo aprueba, y el Gerente puede presentar observaciones al plan de gestión aprobado, los cuales deberán ser resueltos por la Junta Directiva. Dicho trámite conforme a los términos establecidos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.

En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término establecido en la Ley 1438 de 2011, el plan de gestión inicialmente presentado por el Gerente se entenderá aprobado.

La fase de aprobación estará terminada cuando se haya aprobado el Plan de Gestión mediante Acuerdo de la Junta Directiva, dejando constancia en la respectiva acta de la sesión en la cual fue aprobado dicho plan

Fase de Ejecución: Aprobado el plan de gestión, este debe ser ejecutado por el Gerente, lo cual comprende:

- El despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.
- El seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.
- Presentación a la Junta Directiva del Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión

Fase de Evaluación: La evaluación del Plan es un proceso soportado en información válida y confiable, de periodicidad anual. Para ello el Gerente deberá presentar a la Junta Directiva el Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre, a más tardar el 1º de abril de cada año. El informe anual de gestión del gerente o director de la Empresa Social del Estado deberá contener los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, incluidos en el plan de gestión aprobado por la junta directiva, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de estas en la gestión de la entidad.

DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

El Plan de Gestión se diseñó con el apoyo del equipo de trabajo (área asistencial y área administrativa) de la administración en forma tal que se pudieran ejecutar en forma sucesiva y continua las siguientes fases:

1. Fase de Preparación:

Se identificaron cada una de las fuentes de información, y a su vez se realizaron mesas de trabajo con los líderes de proceso para cada uno de los indicadores correspondiente a cada Área de Gestión, así como la definición de línea base.

2. Fase de Formulación: (Diagnóstico Inicial, Escenario Proyectado y Metas Anuales) para el Diagnóstico Inicial se tomó la situación actual de cada indicador basado en el resultado obtenido en la vigencia inmediatamente anterior, en sus evidencias y respectivos soportes tanto cuantitativa como cualitativamente, tomando también como referencia el informe de gestión de 2023, de tal manera que permita conocer desde dónde se está partiendo.

COMPONENTE DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%).

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea Base 2023	Estado de cada Indicador Situación Actual
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior	2,079	Para la vigencia 2023, este indicador reporto un resultado de 2.079 respecto al valor obtenido para la vigencia 2022 de 2.078; se encuentra una relación de 1, obteniendo una calificación de 1 según la escala
	2	Efectividad en la Auditoria 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 los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC	Superintendencia Nacional de Salud	93%	De las 56 acciones programadas, se ejecutaron 52 dando cumplimiento al 93% de lo comprometido desde el comienzo de la vigencia y de lo cual se hace descripción a continuación Este seguimiento se realizó con base en la verificación de las actividades planteadas en el PAMEC 2023 radicado mediante correo electrónico en Secretaria de Salud de Boyacá, este se lleva a cabo por cada equipo de acreditación de acuerdo al cronograma planteado y este es verificado por auditor líder de acreditación para evidenciar el cumplimiento de las metas planteadas

	3	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	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener; el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del Indicador.	86%	La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja teniendo en cuenta lo establecido en el Plan de Desarrollo para el periodo 2021-2024, creado mediante Acuerdo No. 07 de julio de 2020 y modificado por el Acuerdo 018 del 12 de octubre de 2021, el promedio general del estado de ejecución de cumplimiento del Plan de Desarrollo institucional según lo establecido en la fuente de información de la Resolución 408 de 2018, fue de 86% según el informe presentado por la Oficina Asesora de Control Interno de la Entidad.
--	---	---	---	---	-----	--

COMPONENTE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%).

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea Base 2023	Estado de cada Indicador Situación Actual
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las E,S,E categorizadas con Riesgo medio o alto	Sin Riesgo	Respecto a este indicador para el Hospital NO APLICA su calificación, de acuerdo a lo establecido por la Resolución del Ministerio de Salud N° 851 de 2023, por medio de la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2023, La ESE Hospital San Rafael Tunja se encuentra en la calificación SIN RIESGO

5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (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 anterior - en valores constantes del año del objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior]]	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	1,14	La entidad para la vigencia 2023 presenta un aumento del 18% en el gasto comprometido en Funcionamiento más operación y prestación de servicios pasando de \$199.068.732.400 en 2022 a \$ 235.074.628.260 en 2023. Esto muestra que la entidad para el año 2023 para producir una UVR comprometió gasto por valor de \$8.949,7 y para el año 2022 para producir una UVR gastó \$7.841, situación que muestra un aumento en el gasto por UVR producida del 14% frente al resultado de 2022.
6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos. 1. Compras Conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada 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	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá:	55,90%	Es importante indicar que el estatuto de contratación de la entidad contempla algunos mecanismos de contratación que no implican la utilización de mecanismos electrónicos entre los que se encuentran contratos derivados de comodatos, contratos de medicamentos y dispositivos médicos con exclusividad e innovadores, que para la vigencia 2023 alcanzaron una participación del 44.1% frente al total de gasto comprometido en los rubros de Compra de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico y que han representado para la entidad en muchos aspectos ahorros y facilitan la disponibilidad de los insumos y medicamentos.

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	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y concepto de contratación de servicios de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación - Valor de la deuda superior a treinta días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de prestación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador	Deuda 0	El hospital ha mantenido una política de pago a personal y contratistas en el momento en que se presenta la cuenta, certificación o factura. Por lo tanto, no tiene deudas superiores a 30 días, por concepto de salarios de personal de planta o externalización de servicios con corte a 31 de diciembre de 2023. Se anexa certificación de revisoría fiscal, evidenciando lo anterior
8	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	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.	4 o más informes RIPS	El Hospital dio cumplimiento estricto a la presentación de los informes trimestrales de RIPS establecidos en la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018. Este informe junto con el análisis se presenta a la Junta Directiva. En éste se encuentra el análisis de tendencia de las actividades realizadas en los servicios de Consulta Externa, Urgencias y hospitalización; la distribución de atenciones por régimen de afiliación, pagador, sexo y grupo etario, zona de procedencia, especialidades y 10 primeros diagnósticos en cada servicio.

9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores.)	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.	92%	Los ingresos totales recaudados cubren hasta un 92% del total de gastos comprometidos \$290.119.034.410; esto debido a la expansión de urgencias y consulta externa de la ESE se requirieron más recursos financieros Como resultado de las múltiples gestiones de cobro realizadas, la entidad en la vigencia 2023 logró incrementar el recaudo de cartera de vigencias anteriores en un 1% frente al logrado en 2022, sin embargo las practicas utilizadas para el no pago de los servicios prestados por algunas EAPB y que han sido puestas en conocimiento de las entidades de inspección vigilancia y control sin que se adopten las medidas efectivas que permitan mitigar el incremento de cartera en mora, la disminución del riesgo de incobrabilidad y que busquen favorecer el pago de los servicios de salud efectivamente prestados por la entidad y que redunden en mayores niveles de recaudo que permita mejorar las condiciones de prestación de servicios de salud a la población usuaria del Departamento de Boyacá
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	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Superintendencia Nacional de Salud	No oportunidad de la información en cumplimiento de la circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud	El Hospital no presentó los informes en su totalidad oportunamente, establecidos en la circular única en la vigencia 2023, teniendo en cuenta que, dentro de los formatos establecidos, se cargó extemporáneamente el formato FT026.
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la	Ministerio de Salud y Protección Social	Reporte oportuno	El Hospital dio cumplimiento estricto a la presentación de los informes establecidos en el Decreto 2193 de 2004; Anual y trimestrales del año 2023. Primer Trimestre - enero a Marzo: 07 de junio de 2023

	o la norma que la sustituya.	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.		Segundo Trimestre - abril a Junio: 07 de septiembre de 2023 Tercer Trimestre - Julio a Septiembre: 22 de noviembre de 2023 Cuarto Trimestre Octubre a Diciembre: 04 de marzo de 2024
--	------------------------------	--	--	--

COMPONENTE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%)

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea Base 2023	Estado de cada Indicador Situación Actual
Gestión Clínica o asistencial 40%	12	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 objeto de evaluación / 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.	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.	97,5%	El resultado de la adherencia a la guía de manejo específico para hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos de la gestación al finalizar el año 2023 es de 97.45%, evidenciando que el cumplimiento.
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	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 hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	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.	96,0%	La primera causa de egreso para la vigencia 2023, fue la atención del parto normal, con un total de atenciones de 3194. La verificación del indicador y la calificación de las historias clínicas de la muestra se realizaron por auditoría médica de la oficina de calidad. La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. La aplicación estricta de la Guía de manejo garantiza una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto y el puerperio inmediato.

					El resultado al finalizar el año 2023 es de 96% de cumplimiento de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la muestra estadísticamente significativa
14	Oportunidad en la realización de Apendicetomía.	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la Apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	Informe de Subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga como mínimo: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del Diagnóstico de Apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.	92,9%	En el año 2023 en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja el 92.89% de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda al egreso se operaron en un tiempo menor o igual a 6 horas posterior a la confirmación de su diagnóstico, resultado que cumple el estándar de mayor al 90% de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018.
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas 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 anterior	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador.	NO registró eventos de neumonías bronco aspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos	En el año 2023 en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja se mantiene en No registro eventos de neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario, resultado que cumple el estándar de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018. Durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 2023 mediante búsqueda activa institucional por equipo de vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud, encontrando en la revisión 227 casos de pacientes pediátricos con casos probables de infección de origen hospitalario, en dichos casos identificados se descartó que cursaran con neumonía broncoaspirativa de origen hospitalaria.



16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico o al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de 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 de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	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.	100,0 %	Para la vigencia 2023, El área de Urgencias reportó un total de 28 atenciones correspondientes con los códigos CIE 10 relacionados con infarto agudo de miocardio supra desnivel de ST y a los cuales se les administró tratamiento trombolítico para el periodo evaluado, la calificación de las historias clínicas de la muestra se realizó por auditoría médica de la oficina de calidad y con el apoyo del especialista de urgencias.
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.	91,06 %	En el año 2023 se evidencia que la tasa de mortalidad institucional global de 23,1 por 1.000 egresos, cifra en disminución considerable respecto al año anterior en el que se encontraba un acumulado para el 2022 de 29,3 por 1.000 egresos, cifra relacionada con el impacto del número de atenciones de infección por COVID19. Para el año 2023 se puede identificar que las enfermedades del sistema circulatorio seguido de tumores y neoplasias encabezan como primeras causas de defunción acumulada. Para el año actual, es importante mencionar que las causas externas de morbilidad y mortalidad corresponden a la 4ta causa agrupada de defunciones en la institución. Con el objeto de realizar el análisis >90% de la mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas según la normatividad vigente "Resolución 408 de 2018, en el año 2023 la mortalidad con estancia mayor a 48 horas se concentró en los servicios de Clínicas Médicas en 49.1%, UCI Adulto 45.4, UCI Pediátrica 3.5%, UCI neonatal 1.8% y Urgencias sin ningún caso.
18	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	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	3,39	El indicador de oportunidad de consulta de pediatría se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión, por debajo de 5 días, para la vigencia 2023 el promedio día espera es de 3.39 días. Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 de ministerio de salud y protección social y el SIHO.

19	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 solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	3,72	El indicador de oportunidad de consulta de Obstetricia se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión por debajo de 8 días, para 2023 el promedio día espera es de 3.72 días.
20	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 solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	4,37	El indicador de oportunidad de consulta de Medicina Interna se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión por debajo de 15 días, para el 2023 el promedio día espera es de 4.37 días. Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 de ministerio de salud y protección social y el SIHO.

ESCENARIO PROYECTADO

Una vez identificado el diagnóstico inicial antes presentado, se diseñó un escenario para dar solución a los problemas y establecer los compromisos de la gerencia de acuerdo a los logros definidos para cada indicador, basado en el trabajo realizado para avanzar en la meta de acreditación Institucional, por cada área de gestión de la siguiente manera:

COMPONENTE DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%).

Área de Gestión	No.	Indicador	Logros y Compromisos	Actividades a Desarrollar
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Lograr la acreditación Institucional	Cumplir plan de mejora producto de la autoevaluación 2023 Obtener resultado de autoevaluación mínimo de 3,0 Cumplir con los requisitos establecidos para la fase de postulación ante el ente acreditador. Postular a la ESE para la acreditación Institucional Atender la evaluación del ente acreditador Obtener el reconocimiento por el ente acreditador

	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Cumplimiento a la ejecución de PAMEC en el 90% para la vigencia	Seguimiento mensual a las actividades programadas en el plan de mejora, según cronograma para cada vigencia Auditoría interna y autocontrol según los niveles de auditoria establecidos en las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Cumplimiento del Número de metas del Plan Operativo anual \geq 0.90	<ul style="list-style-type: none"> Definir lineamientos y formular nuevo Plan de Desarrollo Institucional 2024-2027. Construir los Planes Operativos Anuales POA por procesos con cada responsable del mismo, de manera que permita dar despliegue a Plan de Desarrollo Revisar, analizar, definir y ajustar el mapa de procesos institucional. Realizar seguimiento trimestral a los avances del Plan Operativo Anual - POA de cada vigencia. Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión a Junta Directiva, antes de control, y ciudadanía en general

COMPONENTE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%).

Área de Gestión	No	Indicador	LOGROS Y COMPROMISOS DE LA GERENCIA (4 AÑOS)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y financiero	Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y adopto el programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Establecer acciones encaminadas a seguimiento a la gestión financiera institucional y de contención de costos y gastos Fortalecer los procesos de facturación, cartera y glosas a fin de lograr obtener Flujo de caja

5	<p>Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).</p>	<p>Lograr un gasto por unidad de valor relativo (UVR) menor al 0,9 para cada vigencia</p>	<p>Identificar la existencia de capacidad instalada subutilizada e implementar acciones para optimizar su utilización Establecer mecanismos de control en el uso de recursos buscando disminuir los costos de operación. Evaluar y ajustar la distribución de personal y recursos en función de la demanda de servicios Mejorar la eficiencia de los recursos requeridos para la prestación de los servicios ofertados por el Hospital. Evaluación permanente de la producción de servicios frente a los recursos invertidos a fin de realizar un uso eficiente de los recursos</p>
6	<p>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.</p>	<p>Lograr que el 60% de las compras de medicamentos y material médico-quirúrgico sean hechas a través de compras conjuntas, o compras por cooperativas y/o compras por mecanismos electrónicos.</p>	<p>Realizar Histórico de consumo de medicamentos semestral, como base para el requerimiento de compras o elaboración de estudios de conveniencia Efectuar proyecciones de necesidades al inicio de la vigencia fiscal para poder establecer invitaciones públicas que favorezcan la participación de oferentes y favorezcan el cumplimiento de las metas y el indicador</p>
7	<p>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</p>	<p>Mantener la política de pago dentro de los siguientes 30 días</p>	<p>Cumplir lo establecido por la normatividad vigente Cumplir y hacer cumplir las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de contratación.</p>
8	<p>Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS</p>	<p>Emitir y presentar a Junta Directiva de la entidad informe trimestral de Análisis de Prestación de Servicios de Salud con base en RIPS</p>	<p>Procesar, validar y analizar los registros individuales de prestación de servicios Elaborar Informe para su revisión por parte de Asesor de desarrollo de servicios y Gerencia Presentar a junta Directiva para su aprobación final.</p>

9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Lograr un resultado de 1 entre el gasto comprometido y el valor recaudado en cada vigencia fiscal	<p>Fortalecer las acciones de recaudo, con el fin de lograr una solvencia financiera de la institución</p> <p>Fortalecer los procesos de facturación, cartera y glosas, a través de mejoramiento de los procesos asistenciales</p> <p>Mantener la glosa neta final aceptada por debajo del 4%</p> <p>Gestionar la glosa notificada a la entidad</p> <p>Gestionar las devoluciones recibidas por las entidades</p> <p>Que la Participación de la glosa y las devoluciones dentro de la cartera del Hospital no sea mayor al 30%</p> <p>Oportunidad en la respuesta a glosa sea mayor al 95%</p>
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	Presentar oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Única	<p>Desarrollar herramienta que permita generar alertas de fechas de vencimiento de reporte, a la oficina responsable de generar la información</p> <p>Establecer con claridad los responsables de los diferentes informes</p> <p>Definir lineamientos frente a responsables de generación de información para reporte</p> <p>Monitorear la entrega de la información por parte de las áreas responsables de su generación</p>
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Presentar oportunamente la información al Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	<p>Cumplir con el cronograma establecido para el reporte.</p> <p>Monitorear y hacer seguimiento en el cumplimiento del reporte de la información por parte de las áreas responsables de su emisión</p>

COMPONENTE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%)

Área de Gestión	No.	Indicador	LOGROS Y COMPROMISOS DE LA GERENCIA (4 AÑOS)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
-----------------	-----	-----------	--	-------------------------------------

Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Garantizar la aplicación de la Guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación, en el 90% de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor a 27 semanas.	Revisar y actualizar (si es el caso) lista de chequeo para trastornos hipertensivos en la gestación y hemorragias del III trimestre Auditoria de pares de adherencia a guías de atención aplicando lista de chequeo Revisión y análisis Códigos Rojo (aplicación lista de chequeo) presentados en el trimestre anterior Informe trimestral de resultado de adherencia Establecer planes de mejora para la adopción y adherencia a las guías acorde a los resultados obtenidos en el seguimiento, si se presenta desviaciones Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada.
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Garantizar la aplicación de la Guía de manejo de la primera causa de egreso o de morbilidad atendida, en el 90% de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario	Revisar y actualizar (si es el caso) lista de chequeo para primera causa de egreso Auditoria de pares de adherencia a guías de atención aplicando lista de chequeo Informe trimestral de resultado de adherencia Establecer planes de mejora para la adopción y adherencia a las guías acorde a los resultados obtenidos en el seguimiento, si se presenta desviaciones Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada.
	14	Oportunidad en la realización de Apendicetomía.	Realizar procedimiento de apendicectomía dentro de las 6 horas después de confirmado el diagnóstico.	Auditoría mensual de los procedimientos realizados en el periodo con diagnóstico de apendicitis con el fin de determinar la hora de diagnóstico y solicitud de sala de cirugía y la hora en la cual se realiza el procedimiento Realizar seguimiento diario a protocolo de triage quirúrgico SC-PT-28 directamente en salas de cirugía

15	Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Mantener en cero la incidencia de casos de neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en paciente pediátrico	Búsqueda activa de infecciones asociada a la atención en salud VSP-PR-01 Aplicar Protocolo CCP-PT-34 Prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica UCIP Aplicar Protocolo CCN-PT-29 Prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica en recién nacidos Aplicar Protocolo Aspiración de secreciones en paciente pediátrico CCP-PT-02
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Garantizar la aplicación de la Guía de manejo para infarto agudo del miocardio, en el 90% de la muestra representativa de pacientes a los cuales se les inició terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico.	Revisar y actualizar (si es el caso) lista de chequeo para diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM) Auditoria desde calidad, a adherencia a guías de atención aplicando lista de chequeo Informe trimestral de resultado de adherencia Establecer planes de mejora para la adopción y adherencia a las guías acorde a los resultados obtenidos en el seguimiento, si se presenta desviaciones Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada. Articulares con plan de formación para resocialización de guías de práctica clínica
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	Garantizar el cumplimiento del 90% de los análisis de mortalidad	Notificación a servicios de los casos identificados por epidemiología Verificación del análisis que realiza para el proceso a fin de corregir posibles errores Seguimiento bimestral a faltantes de análisis Seguimiento semestral de los análisis realizados definidos como prevenibles
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Garantizar la oportunidad para la asignación de citas de pediatría menor o igual a 5 días	Solicitar programación de la agenda para la especialidad Solicitar en caso de que se requiera agendas adicionales a fin de no contar con listas de espera Realizar confirmación de la agenda el día anterior (disminuir inasistencia) Retroalimentar a las EAPB, los pacientes que incumplieron la cita

	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Garantizar la oportunidad para la asignación de citas de obstetricia menor o igual a 8 días	<p>Recibir programación de la agenda para la especialidad</p> <p>Solicitar en caso que se requiera agendas adicionales a fin de no contar con listas de espera</p> <p>Realizar confirmación de la agenda el día anterior (disminuir inasistencia)</p> <p>Retroalimentar a las EAPBA, los pacientes que incumplieron la cita</p>
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Garantizar la oportunidad para la asignación de citas de medicina interna menor o igual a 15 días	<p>Recibir programación de la agenda para la especialidad</p> <p>Solicitar en caso que se requiera agendas adicionales a fin de no contar con listas de espera</p> <p>Realizar confirmación de la agenda el día anterior (disminuir inasistencia)</p> <p>Retroalimentar a las EAPBA, los pacientes que incumplieron la cita</p>

METAS

El último paso de la fase de formulación fue el establecimiento de las metas anuales, partiendo de los indicadores y su respectivo estándar establecido en el Anexo 2. de la Resolución 408 de 2018, las cuales se presentan a continuación:

COMPONENTE DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%).

Área de Gestión	No.	Indicador	Meta			
			2024	2025	2026	2027
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	entre 1,11 y 1,19 >2,308	entre 1,11 y 1,19 >2,56	entre 1,11 y 1,19 >2,85	entre 1,11 y 1,19 >3,0
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9

3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9
---	---	-------	-------	-------	-------

COMPONENTE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%).

Área de Gestión	No.	Indicador	META			
			2024	2025	2026	2027
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y financiero	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	<0.9	<0.9	<0.9	<0.9
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos. 1. Compras Conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70
	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	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0)	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0)	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0)	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0)
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS	4 o más informes RIPS			
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1



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	Presentación oportuna de la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Supersalud	Presentación oportuna de la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Supersalud	Presentación oportuna de la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Supersalud	Presentación oportuna de la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Supersalud
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Presentación oportuna de información Decreto 2193 de 2004	Presentación oportuna de información Decreto 2193.	Presentación oportuna de información Decreto 2193	Presentación oportuna de información Decreto 2193.

COMPONENTE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%)

Área de Gestión	No.	Indicador	META			
			2024	2025	2026	2027
Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	≥0.80	≥0.80	≥0.80	≥0.80
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥0.80	≥0.80	≥0.80	≥0.80
	14	Oportunidad en la realización de Apendicetomía.	≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	NO registró eventos de neumonías bronco aspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos	NO registró eventos de neumonías bronco aspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos	NO registró eventos de neumonías bronco aspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos	NO registró eventos de neumonías bronco aspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90

17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	≤ 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	≤ 8 días	≤ 8 días	≤ 8 días	≤ 8 días
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 15 días

3. Fase de Aprobación

La fase de aprobación consiste en el estudio, análisis y observaciones por parte de la Junta Directiva y posterior aprobación mediante Acuerdo en los términos que establece el artículo No. 73 de la Ley 1438 de 2011.

4. Fase de Ejecución

Una vez aprobado el Plan de Gestión, este debe ser ejecutado por la Gerencia de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, lo cual comprende:

- El despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.
- El seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.
- Presentación a la Junta Directiva del Informe Anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión.

5. Fase de Evaluación

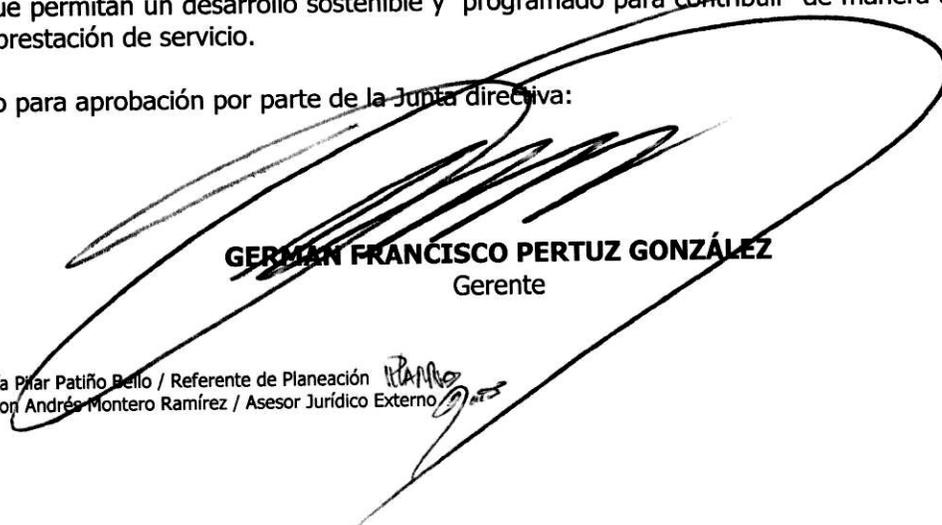
Ésta última fase consiste en la evaluación anual del Plan de Gestión que presentará la Gerencia a la Junta Directiva en un Informe Ejecutivo al cierre de cada vigencia, a más tardar el 1º de abril de cada año; evidenciando los logros obtenidos en cumplimiento de los indicadores expuestos anteriormente y de acuerdo a la matriz de calificación Anexo 4, contenida en la Resolución 408 de 2018.

Para la interpretación de los resultados se tendrá en cuenta la siguiente escala establecida en el Anexo 5 de la Resolución 408 de 2018.

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

El anterior Plan de Gestión se presenta conforme a la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, y a su vez teniendo en cuenta las necesidades de la institución, con el fin de establecer políticas que permitan un desarrollo sostenible y programado para contribuir de manera armónica a una excelente prestación de servicio.

Presentado para aprobación por parte de la Junta directiva:



GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZÁLEZ
Gerente

Proyectó: María Pílar Patiño Bello / Referente de Planeación
Revisó: Nelson Andrés Montero Ramírez / Asesor Jurídico Externo



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net

