

ACUERDO N° 002
(Abril 18 de 2018)

OK

"Por medio del cual se evalúa el cumplimiento del plan de gestión de la Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital San Agustín de Fonseca para el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2.017".

La Junta Directiva de la **E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN** del municipio Fonseca, Departamento de La Guajira, en ejercicio de sus atribuciones legales, y en especial las conferidas en el artículo 11 de Decreto 1876 de 1.994, Decreto 357 de 2.008 y la Resolución 0000710 de 2.012, modificada por la Resolución 0000743 de 2.013 y 0000408 de 2.018 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y

CONSIDERANDO:

Que en los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2.011 se definen los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión por parte de los Directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Que el plan de gestión se constituye en el documento que refleja el compromiso que el Gerente establece ante la Junta directiva de la institución y establece las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de servicio y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y protección Social.

Que el numeral 74.1 del artículo 74 de la Ley 1438 de 2011, se pronuncia sobre la obligatoriedad de presentar el informe anual sobre cumplimiento del Plan de Gestión.

Que la Resolución 0000408 de 2.018, modificatoria de la Resolución 0000743 de 2.013 y Resolución 0000710 de 2012, en su artículo 2 establece que la evaluación del informe anual del cumplimiento de dicho plan deberá realizarse sobre los resultados del año inmediatamente anterior.

¡Construyendo Cambios para tu salud!

Que la Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital San Agustín de Fonseca Dra. LIRIA ROCÍO GARCÍA PEÑARANDA se desempeñó durante toda la vigencia establecida en el numeral anterior, lo cual permite evaluar el periodo comprendido entre 1 de enero y el 31 de diciembre de 2.017.

Que en fecha 27 de marzo de 2.018, se radicó ante los miembros de la junta directiva el informe de gestión correspondiente a la vigencia 2.017, dando cumplimiento a lo normado en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011, por lo tanto, fue recepcionado dentro del término establecido en la misma y es sujeto de evaluación por los parámetros establecidos en la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que para cumplir con la evaluación se adoptan los estándares e indicadores establecidos en los anexos de la Resolución 0000408 de 2.018, modificatoria de la Resolución 0000743 de 2.013 y Resolución 0000710 de 2012 que contienen la información de base e indicadores, matriz e instructivo de calificación, el cual fue calificado conjuntamente por los miembros de la Junta Directiva y consolidado en la ficha resumen que forma parte integral del presente acuerdo, en sesión realizada el día 18 de abril de 2.018 y que consta en el acta N° 002 de 2.018.

Que en el anexo N° 5 de la Resolución N° 0000710 de 2.012 especifica la escala de resultados, el puntaje obtenido se encuentra entre 3.5 y 5.0 se califica con el criterio de calificación SATISFACTORIA y en cumplimiento por parte de la Señora Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital San Agustín de Fonseca, superior al 70%.

Que en merito a lo anteriormente expuesto,

ACUERDA:

ARTICULO PRIMERO. EVALUACION PLAN DE GESTION. – Aprobar la evaluación del Plan de Gestión de la Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital San Agustín de Fonseca del periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2.017.

ARTICULO SEGUNDO. CALIFICACION. – Que la evaluación al Plan de Gestión calificado con 3.7 puntos la cual hace parte integral del presente acuerdo arrojó un porcentaje de 84% en el nivel SATISFACTORIO, según como lo indica la escala de resultados del anexo 5 de la Resolución 0000710 de 2.012.

¡Construyendo Cambios para tu salud!

ARTICULO TERCERO. NOTIFICACION Y RECURSO. – De conformidad con lo previsto en el Artículo 74 numeral 74.3 de la Ley 1438 de 2.011, la presente decisión debe notificarse personalmente a la Gerente de la ESSE Hospital San Agustín de Fonseca Dra. LIRIA ROCÍO GARCÍA PEÑARANDA, la cual es susceptible del recurso de reposición ante la misma Junta Directiva, en los términos del artículo 74 numeral 74.4 de la precitada Ley, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a esta notificación.

Dado en el municipio Fonseca, Departamento de la Guajira – a los dieciocho (18) días del mes de Abril de Dos mil dieciocho (2.018).

NOTIFÍQUESE, COMUNIQUESE Y CÚMPLASE


HILDEFONSO GONZALEZ PEÑARANDA
Presidente Junta Directiva (AHD OC)


KAIRA ROSA AMAYA MOLINA
Secretaria Junta Directiva (AHD OC)

¡Construyendo Cambios para tu salud!

Calle 15 No. 21 – 31 Tél. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299

5

Fonseca – La Guajira, 27 de Marzo de 2018

Señores
MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA
E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN
Fonseca-La Guajira

*Recibido
27/3/18*

REF.: Presentación Informe de Gestión para la Evaluación del Plan de Gestión de la E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN, periodo 2017.

Honorables miembros de la Junta Directiva:

Teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 0000408 de 2.018, Resolución 0000743 de 2.013 y 0000710 de 2012, por medio de la cual se adopta las condiciones y metodología para la elaboración del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, me permito presentar ante Ustedes Informe de Gestión para la Evaluación del Plan de Gestión 2017, que permitirá encausar la gestión de la Entidad hacia senderos de alta gerencia, sin ahorrar esfuerzos para sacar adelante proyectos de calidad y mejoramiento continuos.

Les recuerdo que según el artículo 3 de Resolución 0000408 de 2.018 la fecha límite para emitir Acuerdo de Evaluación es de 15 días hábiles después de la remisión del presente.

Sin otro particular,

Am. Mi. Com. Perm.
LIRIA RÓCIO GARCIA PEÑARANDA
Gerente

ALCALDIA MUNICIPAL MUNICIPIO DE FONSECA	
Numero	2018-01-532
Fecha	27-03-2018
Recibe	03:00pm <i>Rosa C</i>

ALCALDIA MUNICIPAL MUNICIPIO DE FONSECA	
Numero	2018-01-533
Fecha	27-03-2018
Recibe	03:00pm <i>Rosa C</i>

*Recibido
27-3-2018
3:15 AM*

¡Competente y Eficiente!
www.hospitalsanagustin.org

cartera@hospitalsanagustin.org – hospisana@hospitalsanagustin.org

Calle 15 No. 21 – 31 Tél. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299

*Recibido
4x30
27/3/18*



9

**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTIÓN GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10
Fecha: 22/12/2016
Página 1 de 1

INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017



LIRIA ROCIO GARCIA PEÑARANDA
Gerente

FONSECA
Marzo 27 de 2.018

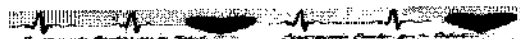


3



**JUNTA DIRECTIVA
E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA**

MISAEEL ARTURO VELAZQUEZ GRANADILLO	Representante Estamento Político Administrativo Presidente de la Junta Directiva Alcalde Municipal de Fonseca
ETHEL GARCIA SOLANO	Representante Estamento Político Administrativo Secretario de Salud Municipal de Fonseca
KAIRA ROSA MAYA MOLINA	Representante Estamento Científico de la E.S.E. Hospital San Agustín de Fonseca
ALEX EDGARDO ROMERO TORRES	Representante Estamento Administrativo de E.S.E. Hospital San Agustín de Fonseca
HILDEFONSO GONZALEZ	Representante de la Comunidad Asociación de Usuarios
LIRIA ROCIO GARCIA PEÑARANDA	Gerente E.S.E. Hospital San Agustín Secretario de la Junta Directiva





PRESENTACION

En concordancia con la resolución 710 del 30 de marzo de 2012 del Ministerio de la Protección Social por medio del 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, se presentó por parte de esta Gerencia, el proyecto de Plan de Gestión para las vigencia 2016- 2020 a los miembros de Junta Directiva de la E.S.E. Hospital San Agustín del Municipio de Fonseca para su proceso de aprobación.

Tanto el Plan como el presente informe están diseñado y construidos de acuerdo a los principios, políticas, y directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, de igual forma recoge los lineamientos en materia de las políticas nacionales en salud, los objetivos y metas del milenio, el Plan de Desarrollo Municipal y el Plan Territorial de Salud. Así mismo se desarrolló mediante una metodología participativa, en donde se efectuó la consolidación y análisis de datos asistenciales, financieros, de procesos y de desarrollo organizacional. Su estructura se apoya en tres áreas principales: Gestión de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, Gestión Clínica o Asistencial.

El objetivo principal del Plan de Gestión objeto de esta evaluación es ofrecer a los usuarios los mejores servicios de salud con el desarrollo de actividades que promocionan la salud, previenen la enfermedad, curan y rehabilitan de forma oportuna, eficaz y eficiente, con calidad y alto desempeño humano. Consecuente con lo anterior se propuso un Plan de Gestión que permitiera a la institución, organizarse para prestar los servicios a la Población afiliada a los Regímenes de Seguridad Social en el país (Contributivo y Subsidiado) y a la Población Pobre en lo no cubierto con subsidios a la Demanda.

El 15 de febrero de 2.015 el Ministerio de Salud sustituye la metodología para la evaluación de dicho plan de Gestión.

Siendo consecuentes con lo expresado anteriormente, en el presente informe de ejecución del Plan de Gestión de la vigencia 2017, se exponen entre otros, los avances el en proceso de implementación de los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, los proceso de evaluación y desarrollo de los planes estratégicos y corporativos, el nivel de ejecución de los planes de mejora suscritos a partir de estándares superiores de calidad, el resultado de la gestión financiera y finalmente el comportamiento de los principales indicadores asistenciales de la ESE.





OBJETIVO GENERAL

Evaluar a través de una metodología técnica propuesta por los estamentos centrales, el cumplimiento de las metas de Gestión establecidas por la Actual Gerencia del Hospital San Agustín del Municipio de Fonseca; partiendo del horizonte programado inicial hacia el cual los Directivos y colaboradores de la Entidad quisieron enfilear todos los esfuerzos institucionales, en los aspectos de planeación, gestión clínica y desarrollo administrativo y financiero, enmarcados en los indicadores de la Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección social, como herramienta fundamental para la evaluación de la gestión gerencial en el periodo institucional del gerente de la ESE durante la vigencia 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar estrategias de evaluación y análisis de indicadores de gestión que contribuyan a la misión y cumplimiento de la visión, objetivos y metas institucionales, con un equipo humano calificado bajo principios y valores enfocados en la prestación de servicios con calidad.
- Evaluar el desarrollo eficiente y articulado de los recursos financieros a través de la formulación de estrategias, el seguimiento, acompañamiento y verificación permanente del cumplimiento de directrices, procesos y procedimientos para una adecuada prestación de los servicios de salud, manteniendo una rentabilidad económica basada en el equilibrio presupuestal y financiero de la institución.
- Establecer mediante un proceso de análisis, la trazabilidad de la información generada por el Hospital en sus principales indicadores y poder determinar el nivel de cumplimiento de estos a partir de las metas establecidas por el Hospital y las normas que le aplican (Resolución 710 de 2012 , Resolución 743 de 2013 y Resolución 408 de 2.018).
- Dar cumplimiento a los principio de transparencia y publicidad de la Gestión del Hospital mediante la presentación y publicación del presente informe de ejecución del plan de gestión para la vigencia 2017.
- Dar cabal cumplimiento a lo establecido por la Resolución 710 de 2012 Resolución 743 de 2013 y Resolución 408 de 2.018 en lo concerniente a los plazos y metodología de presentación del informe de ejecución del plan de gestión del actual Gerente.





PRINCIPIOS Y CARACTERÍSTICAS DEL INFORME DE EJECUCION DEL PLAN DE GESTION INSTITUCIONAL 2017

El Informe de Ejecución del Plan de Gestión institucional 2017 está basado en los siguientes principios:

EQUIDAD: Todos los colaboradores y funcionarios de la institución actuaron sin ningún tipo de discriminación, distribuyendo los recursos de manera que se garantice la prestación de servicios para todas las personas que lo requieran en iguales condiciones de accesibilidad, oportunidad y calidad.

FLEXIBILIDAD: Los funcionarios actuaron adaptándose a las condiciones ambientales del entorno y tomaron la actitud necesaria para aceptar e incorporar aquellos procesos y tecnologías científicamente formadas y aceptadas con el fin de obtener mayor racionalidad en los recursos disponibles.

INTEGRALIDAD: Se trató de dar cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada cual contribuyo según su capacidad y recibió lo necesario para atender sus contingencias amparadas por la ley.

UNIDAD: Se logró la articulación de políticas, Instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines del Estado, de la Seguridad Social y de la Empresa.

CALIDAD: Para el logro de los resultados mostrados se parte de la aplicación excelente de recursos, tecnología y comportamientos humanos en todas las funciones, procesos y procedimientos de la organización.

EFICIENCIA. Se ejecutaron procurando la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente con la mayor favorabilidad institucional garantizando la plena efectividad científica, técnica y administrativa.

PARTICIPACIÓN: Los resultado fueron logrados gracias a la intervención de la comunidad, del Ente Territorial, de la Totalidad de los funcionarios del Hospital y a la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.





MARCO NORMATIVO DEL INFORME

Para la elaboración del Informe de Ejecución del Plan de Gestión del Hospital San Agustín del Municipio de Fonseca, consideramos necesario identificar la base normativa que lleva a generar una visión sistemática y futurista a las instituciones de Salud; es por esto que nos remontamos a la constitución política de 1991, donde se deja ver el papel que tiene el estado con la red hospitalaria pública, también es importante hacer un recuento con respecto a las diferentes leyes que han tenido importante eco en el sector salud.

Constitución Política de Colombia, Artículo 342: "La correspondiente ley orgánica reglamentará todo lo relacionado con los procedimientos de elaboración, aprobación, y ejecución de los planes de desarrollo y dispondrá los mecanismos apropiados para su armonización y para la sujeción a ellos de los presupuestos oficiales".

Constitución Política de Colombia, Artículo 344: Los organismos departamentales de planeación harán la evaluación de gestión y resultados sobre los planes y programas de desarrollo e inversión de los departamentos y municipios.

La ley 10 de 1990: Donde se definen algunos lineamientos para la descentralización administrativa.

La ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud y se adoptan otras disposiciones y establece los regímenes jurídicos para los afiliados y no afiliados a dicho sistema.

Ley 100 de 1993, Artículo 192: establece que los directores de las entidades públicas de salud serían nombrados por los directores de la unidad territorial, de terna presentada por la Junta Directiva de la institución y {...} "Sólo podrán ser removidos cuando se demuestre, ante las autoridades competentes, la comisión de faltas graves conforme al régimen disciplinario del sector oficial, faltas a la ética según las disposiciones vigentes o ineficiencia administrativa".

La ley 152 de 1994: Por la cual se establece la ley orgánica del plan de desarrollo y tiene como propósito establecer procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo.



Decreto 1876 de 1994: hace referencia a la plataforma jurídica de las Empresas Sociales del Estado.

Decreto 4445 de 1996: El cual determina los requisitos esenciales vigentes de los hospitales. Las condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud pública, privada o mixta, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento.

Decreto 139 de 1996, Artículo 4°: los Gerentes de las ESE, tienen dentro de las principales funciones la formulación de planes y proyectos para la entidad.

Ley 1438 de 2011, Artículo 72: estableció que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial, debe aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual fuera designado y sobre el que debería ser evaluado.

Ley 1438 de 2011, Artículo 74: establece el proceso para la Evaluación del plan de gestión del director o gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Acuerdo 225 de 2002: Por medio del cual se fijan las condiciones para la operación del régimen subsidiado y se dictan otras disposiciones.

Acuerdo 229 de 2002: Por el cual se define la UPC-S que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el régimen subsidiado a cargo de las entidades territoriales y las administradoras del régimen subsidiado.

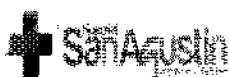
Acuerdo 001 de 2002: Mediante el cual se fija el régimen de prestaciones sociales para los empleados públicos y reguló el régimen prestacional mínimo de los trabajadores oficiales del nivel territorial.

Ley 715 de 2004: define "Las competencias y recursos para los entes territoriales del orden municipal y departamental, destinados para la salud y educación con cargo al sistema de participaciones."

Ley 909 de 2005: carrera administrativa.

Decreto 1011 de 2006: Por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.





Resolución 1043 de 2006: Por medio del cual se establece el Sistema Único de Habilitación en Salud.

Ley 1122 de 2007: Por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.

Ley 1122 de 2007, Artículo 2°-Resultados en salud: "Respecto de las Empresas Sociales del Estado ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo".

Ley 1122 de 2007, Artículo 28: Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los indicadores de evaluación conforme lo señale el Reglamento, o previo concurso de méritos.

Decreto 357 de 2008: Por el cual se reglamenta la evaluación y reelección de gerentes y directores de las ESE del orden territorial.

Resolución 473 de 2008: Por medio del cual se define la metodología para el diseño, elaboración y evaluación del plan de gestión de los gerentes de las ESE.

Resolución 710 de 2012: Por medio del cual se define la metodología para el diseño, elaboración y evaluación del plan de gestión de los gerentes de la Empresa Sociales del Estado y deroga el decreto 357 de 2008 y 473 de 2008

Resolución 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

Resolución N° 0000408 de febrero de 2.018 en su artículo primero, que Sustituye los Anexos 2, 3, y 4 de la Resolución N° 0000743 de marzo de 2.013.





PRESENTACION DE RESULTADOS

GESTION ESTRATEGICA, AREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA

La Gestión estratégica, como sistema de Dirección Corporativa nacen como una respuesta necesaria a los nuevos requerimientos del entorno y de los problemas surgidos en el ámbito hospitalario en la prestación de servicios públicos con Calidad como pilar fundamental del proceso de atención.

Así, los componentes de formulación y posterior implementación de las estrategias se convierten en componentes básicos de la actual Gerencia y, a la vez, imponen un cambio en el tradicional estilo de Dirección del Hospital. Se destaca que dentro de este proceso de cambio, el factor humano se mantiene como un factor clave, es decir como un factor estratégico. De las habilidades y competencias del Recurso Humano de la ESE, así como de su adecuada movilización, depende en gran parte el cumplimiento de las metas y estrategias definidas en el Plan de Gestión de la Organización.

Dentro de los indicadores de Dirección, la noción de calidad, que puede ser entendida como la aptitud de un servicio para satisfacer las necesidades y expectativas de la comunidad usuaria, debe ser ahora mas amplia, pues la calidad ya no aplica solo a la prestación final del servicio de salud, sino también a los procesos intermedios y a la construcción y estado de las relaciones usuarios- hospital.

Tal y como se ha expresado, en este capitulo, que el enfoque de presentación y análisis de indicadores de Dirección se encuentra basado el proceso de evaluación de la gestión gerencial es a partir del desarrollo e implementación de su sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, en especial en sus componentes de acreditación institucional y plan de mejoramiento de garantía de la calidad (PAMEC); además del cumplimiento de las metas y estrategias planteadas en su Plan Operativo Anual y Plan de Desarrollo. Desde esta óptica, lo que se pretende entonces es presentar de manera clara, los tres indicadores formulados para esta área, el nivel de gestión directiva de la Organización:





Indicador N° 1

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD PARA ENTIDADES NO ACREDITADAS SIN AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR

FICHA TECNICA DEL INDICADOR

Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior		Documento de autoevaluación
Razón de cumplimiento		
Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento	
Estándar propuesto	Autoevaluación	
Rango de variación:	NA	
Indicador nominal	indicador nominal	

El artículo 2 del decreto 2181 de 2008, en su numeral 2 establece *"Implementar el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con carácter obligatorio, en lo relacionado con el Ciclo de preparación para la Acreditación o Ciclo de Mejoramiento a que hace referencia el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 1445 de 2006. La implementación de este componente exige que los procesos sean descritos, documentados y estandarizados"*.

La Autoevaluación se constituye en la fase inicial y punto de partida del Ciclo de preparación para la acreditación dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:





**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10

Fecha: 22/12/2016

Página 11 de 64

1	I	Mejoramiento Continuo de la Calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación anterior	NA	
---	---	---	----	--

La ESE Hospital San Agustín de Fonseca en los años anteriores no había desarrollado ninguna acción tendiente a realizar la autoevaluación basado en estándares de acreditación, su PAMEC se había hecho en base a los estándares de habilitación y se venía trabajando en acciones de mejoramiento continuo basado en este.

Dando cumplimiento a lo contemplado en la normatividad relacionada con el tema y a los indicadores incluidos en el plan de gestión gerencial 2016-2020, se procede durante el año 2018 adelantar varias acciones con el fin de lograr la autoevaluación de la empresa con estándares de acreditación en salud.

Con ello se determina que No se cumplió con el indicador del plan de gestión gerencial No 1.



Indicador N° 2

EFFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
	a	Numero de acciones de mejora ejecutadas, en la vigencia evaluada, derivadas de las auditorias realizadas	Documento del cumplimiento promedio de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación
(/)	b	Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria	Documento del cumplimiento promedio de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación
(=)	a/b	Razón de cumplimiento	
		Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
		Estándar propuesto	≥0.90
		Rango de variación	0.00 a ≥0.90
		Numero de acciones de mejora ejecutadas, en la vigencia evaluada, derivadas de las auditorias realizadas	Corresponde a la cantidad efectivamente ejecutada, de actividades o acciones de mejora identificadas, priorizadas, incluidas en los planes de mejoramiento de cualquier índole que haya formulado la ESE para ser desarrolladas durante la vigencia evaluada.
		Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria	Corresponde a la cantidad de actividades o acciones de mejora identificadas, priorizadas e incluidas en los planes de mejoramiento de cualquier índole que haya programado la ESE para ser desarrolladas durante la vigencia evaluada

El PAMEC, se constituye en una herramienta de la Institución para desarrollar el ciclo de mejoramiento continuo, a partir de la priorización de Estándares de Acreditación.

El Decreto 1011 de 2006, en su artículo 32 establece: "AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD. Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.





**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10
Fecha: 22/12/2016
Página 13 de 64

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:

2	I	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad de los servicios de salud	0	

Ver informe anexo.

Dada la importancia que representa para las Empresas Sociales del Estado el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, a partir de un diagnostico que permita identificar, planear y ejecutar las oportunidades de mejora; así como realizar su seguimiento minimizando los riesgos durante la prestación de servicios.

Con ello se demuestra que se cumplió con el indicador No 2 propuesto en el plan de gestión gerencial. Y estamos en espera que la Superintendencia Nacional de Salud emita el reporte de cumplimiento en este indicador.





Superintendencia Nacional de Salud
Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional
REPORTE DE INDICADORES ESE RESOLUCIÓN 408 DE 2018
INDICADOR N° 2 - DIRECCIÓN Y GERENCIA / INDICADOR N° 10 - FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA
VIGENCIA 2017

Fuente: Circular Único Superintendencia Nacional de Salud

Fecha de consulta: 22/03/2018

INDICADOR	INDICADOR 10	INDICADOR 2	INDICADOR 10
0227002	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA	0.91	NO CUMPLE



Indicador N° 3

GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

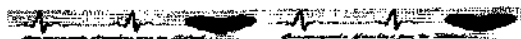
FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
	a	Número de metas del Plan operativo anual cumplidas	Informe del responsable de planeación de la ESE e Informe de Revisoría Fiscal en el caso de existir, de lo contrario, informe de control interno de la entidad
(/)	b	Número de metas del Plan Operativo anual programadas	Informe del responsable de planeación de la ESE e Informe de Revisoría Fiscal en el caso de existir, de lo contrario, informe de control interno de la entidad
(=)	a/b	Razón de cumplimiento	
		Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
		Estándar propuesto	≥0,90
		Rango de variación	0.00 a ≥0.90
		Concepto	Definición
		Número de metas del Plan operativo anual cumplidas	Corresponde a la cantidad de metas del Plan Operativo institucional y el grado de cumplimiento, de las comprometidas para la vigencia evaluada.
		Número de metas del Plan Operativo anual programadas	Corresponde a la cantidad de metas del Plan Operativo institucional programadas y el valor esperado de las mismas al final de la vigencia evaluada

Para cada vigencia, el Hospital San Agustín formula y elabora un Plan Operativo Anual, el cual puntualiza las acciones programadas a ejecutar en esa vigencia acorde a los programas y planes macro formulados en el Plan de Desarrollo de la Institución.

El plan Operativo Anual de la vigencia 2017 fue construido de manera participativa con todos los actores de la Organización mediante espacios de dialogo propositivo, donde lo fundamental fue interpretar las expectativas de nuestros usuarios y tratar de plantear soluciones de mejora y acciones de atención que logran dar satisfacción a esas expectativas presentes.

La metodología que ha implementado el Hospital para la medición de la gestión del plan de desarrollo institucional y de su plan operativo anual 2017 es la medición de las metas formuladas en el Plan Operativo 2017 para cada uno de los objetivos estratégicos en la vigencia.

La E.S.E. ha generado también un formato de control de ejecución del plan de desarrollo y del plan operativo anual, el cual resume las acciones adelantadas para cada vigencia y el porcentaje de cumplimiento de las metas asociadas a estas estrategias.





**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10
Fecha: 22/12/2016
Página 16 de 64

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue de 90% de cumplimiento de su plan operativo anual. Dato obtenido gracias a la ejecución de 18 de las 20 estrategias y metas formuladas para esta vigencia.

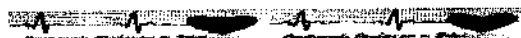
Destacamos también que el logro en el cumplimiento del POA 2017 se da en gran medida al sostenimiento de los indicadores del área financiera, de la aplicación estricta de las nuevas políticas institucionales en la prestación del servicio, sistemas de calidad implementados y el compromiso de los colaboradores en cabeza de la gerencia, que gracias a las estrategias desarrolladas se ha logrado cumplir con nuestra razón de ser, a través de nuestro modelo de atención enmarcado en la mejora continua.

Se anexa el certificado emitido por el Responsable de Control Interno y el informe de ejecución del plan operativo anual de la vigencia 2017.

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:

[Redacted]				
Dirección y Gerencia	3	1	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo	0

Ver informe anexo





EL SUSCRITO ASESOR DE CONTROL INTERNO DE LA ESE. HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA - LA GUAJIRA

CERTIFICA QUE:

Durante el año 2017, se realizó la ejecución del plan de desarrollo 2017-2020, "Construyendo Cambios por tu Salud" siguiendo las ocho líneas estratégicas que lo constituyen, proyectos, acciones, metas correspondientes al periodo y la ponderación que de acuerdo a la misión del Hospital como Empresa Social del estado se asignó para cada línea.

Como instrumento de ejecución se tuvo el Plan Acción 2017, desde el cual se realizó la planeación, el seguimiento, los ajustes y la evaluación como lo establece la normatividad y el proceso de direccionamiento estratégico Institucional. Con base al seguimiento trimestral y la evaluación al 31 de diciembre el cumplimiento fue del 90% 20 metas programadas, 18 cumplidas

Lo que permite obtener para el indicador No 3, número de metas del Plan Operativo Anual cumplidos / número de metas del Plan Operativo Anual programadas, una calificación de 5.

La anterior Certificación se expide con el objeto que sirva de soporte del indicador 6 de la Resolución 0000408 de 2.018

Dado en Fonseca a los 22 días del mes de Marzo de 2.018


JADER JOSÉ PEREZ ROMERO

Jefe de Control Interno ESE

¡Competente y Eficiente!

www.hospital-sanagustin.org

cartera@hospital-sanagustin.org - hospesan@hospital-sanagustin.org

Calle 15 No. 21 - 31 Tel. (095) 7756084 - 7756083 - 7756299



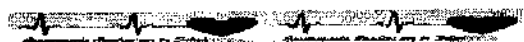


GESTION FINANCIERA, AREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Las reformas del estado invocan las nuevas tendencias de Gestión Administrativa al interior de los hospitales en Colombia. La nueva Gerencia Pública como nuevo modelo gerencial y su implementación y evolución en el sector hospitalario será el eje central del presente informe en el ámbito financiero de la ESE Hospital San Agustín. En el informe se analizaron datos y obtuvieron hallazgos importantes, a partir del enfoque de descripción del caso; a pesar de la implementación de la obligación de establecer nuevas técnicas de Gestión administrativa hospitalaria (últimas normas en salud), se evidencian ajustes importantes financieros como consecuencia del aumento en el recaudo de cartera, el incremento ostensible en la producción de servicios y la implementación de los sistemas de información de la ESE.

De otro lado, es claro que los ingresos por concepto de venta de servicios son la fuente principal de financiamiento del Hospital; mientras que los ingresos provenientes de recursos del Estado pierden progresivamente su estado protagónico dentro del rubro general de Ingresos. Bajo este contexto de análisis, se puede decir que la Nueva Gerencia Pública introducida en el sistema hospitalario.

En este capítulo se presentarán los resultados de los indicadores, relacionados con el desempeño financiero y fiscal de la ESE, así como con la generación y reporte oportuno de información a los diferentes Entes de Control:





Indicador N° 4

RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

FICHA TECNICA DEL INDICADOR	
Categorización de la ESE por parte del Ministerio de salud y de la Protección Social en la categorización del riesgo.	Certificación Ministerio de Salud y Protección Social.
Unidad de medición	Medida de cumplimiento anual, según escala específica de riesgo financiero del Ministerio de Salud y Protección Social.
Estándar propuesto	ESE categorizada sin riesgo
Rango de variación	Alto riesgo, medio riesgo, bajo riesgo y sin riesgo
Categorización de la ESE por parte del Ministerio de salud y de la Protección Social en la categorización del riesgo.	Se refiere al resultado de la clasificación anual del riesgo de la Empresa Social del Estado, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros.

Este indicador corresponde a lo contemplado en la Ley 1438 del 2011 artículo 80, y consiste en el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros.

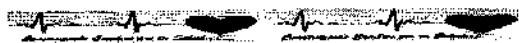
Las Entidades categorizadas en riesgo medio y alto, deberá adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero.

La ESE Hospital San Agustín de Fonseca durante la vigencia 2017 no presentó riesgo financiero.

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Gestión Financiera y Administrativa	4	I	Riesgo Fiscal y Financiero	Sin Riesgo
-------------------------------------	---	---	----------------------------	------------

Se anexa la Resolución xxxx de 2018.





El haber madurado en los procesos financieros y el lograr el cumplimiento sistemático de los indicadores financieros le han permitido a la empresa durante los años en los cuales se ha realizado la evaluación del riesgo fiscal y financiero lograr una evaluación satisfactoria del mismo.

Así como en el año 2016 y 2017 la evaluación del riesgo fiscal y financiero ha sido Sin Riesgo.

De esta forma la ESE Hospital San Agustín de Fonseca cumplió con el indicador No 4 del plan de Gestión Gerencial.

FICHA TÉCNICA

AÑO	RESOLUCIÓN	RIESGO
Año 2017	Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016	Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Riesgo alto
Año 2015	Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Riesgo alto
Año 2014	Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Riesgo medio
Año 2013	Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Riesgo medio
Año 2012	Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Riesgo medio





Indicador N° 5

EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
	a	Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, ó la norma que lo sustituya.
(/)	b	Número de UVR producidas en la vigencia	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
	c	Gasto comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación- , sin incluir cuentas por pagar	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, ó la norma que lo sustituya
(/)	d	Número UVR producidas en la vigencia anterior	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
[(=]	[(a/b)/(c/d)]	Razón de cumplimiento	
		Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
		Estándar propuesto	0.90
		Rango de variación	0.00 a >1.10
		Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar	Corresponde al valor total del gasto presupuestal de la ESE, objeto de compromiso, con registro presupuestal emitido, una vez descontadas las cuentas por pagar al cierre de la vigencia evaluada.
		Número de UVR producidas en la vigencia	Corresponde a la cantidad de Unidades de Valor Relativo (UVR) producidas por la ESE durante la vigencia evaluada, según la metodología establecida por el Ministerio de salud y Protección Social en el aplicativo SIHO, o en el que lo sustituya.
		Gasto comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación- , sin incluir cuentas por pagar	Corresponde al valor total del gasto presupuestal de la ESE, objeto de compromiso, con registro presupuestal emitido, una vez descontadas las cuentas por pagar al cierre de la vigencia anterior, deflactado según la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
		Número UVR producidas en la vigencia anterior	Corresponde a la cantidad de Unidades de Valor Relativo (UVR) producidas por la ESE durante la vigencia anterior, según la metodología establecida por el Ministerio de salud y Protección Social en el aplicativo SIHO, o en el que lo sustituya.

Este indicador se evalúa el comportamiento del gasto frente a la Producción de Servicios de la vigencia, la producción se mide en Unidades de Valor relativos producidas.

El indicador mide la eficiencia en el manejo del Gasto frente a la producción, buscando el equilibrio entre ellos. Existe eficiencia cuando el crecimiento del Gasto es igual o menor que el crecimiento de la Producción al comparar dos periodos.





**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10

Fecha: 22/12/2016

Página 22 de 64

Para la vigencia 2017, el resultado de este indicador fue:

Gastos Comprometidos	4.990.747.952	
UVR	600.254,83	

Gastos Comprometidos	4.539.126.784	
UVR	603.186,18	

Evolución del gasto por UVR	Gasto comprometido en el año evaluado, sin c x p / No. UVR producidas en el año evaluado	8.314,38	1.10
	Gasto comprometido en el año anterior sin c x p, en \$ Constantes / No. UVR producidas en el año anterior	7.525,25	

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:

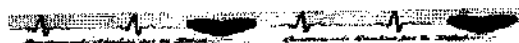
Gestión Financiera y Administrativa	5	I	Evolución del gasto por UVR	S/D
-------------------------------------	---	---	-----------------------------	-----

Ver ficha técnica anexa

Este indicador al igual que el anterior se considera de eficiencia financiera, por ello son pilares en la ejecución del área correspondiente para poder mantenerlos dentro del estándar meta propuesto.

Para la vigencia 2016 este indicador se ubicó en 1.24 y gracias a la gestión de área financiera durante la vigencia 2017 se logró disminuir a 0.14. A pesar que el estándar meta es de < 0.90, la tendencia es a la disminución del resultado de este indicador.

Cabe resaltar que la empresa proyecta sus gastos en base a las necesidades de la empresa, sin embargo su evolución por la producción se ve afectado pues existe un porcentaje importante de inasistencia a las citas programadas en el servicio de consulta externa y los programas de protección específica y detección temprana.





**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10

Fecha: 22/12/2016

Página 23 de 64

FICHA TÉCNICA

CATEGORÍA DE RIESGO

Año	Riesgo
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Riesgo alto
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Riesgo alto
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Riesgo medio
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Riesgo medio
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Riesgo medio

INDICADORES DE PROCESOS

Indicador	2011	2012	2013	2014
Camas de hospitalización	10	10	10	10
Total de egresos	557	495	428	455
Porcentaje Ocupacional	27,43	35,98	39,31	37,07
Promedio Dias Estancia	1,56	1,29	2,85	2,89
Giro Cama	55,7	49,3	42,8	45,5
Consultas Electivas	19.035	18.659	33.262	33.527
Consultas de medicina general urgentes realizadas	26.393	20.428	25.134	25.895
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	0	0	0	0
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	0	208	2.743	2.431
Numero de partos	95	68	68	61
% Partos por cesárea	0	0	0	0
Exámenes de laboratorio	34.481	37.724	38.270	39.347
Numero de imágenes diagnósticas tomadas	5.305	6.969	6.301	7.092
Dosis de biológicos aplicadas	13.533	9.297	18.973	20.073
Citologías cervicovaginales tomadas	1.816	2.038	2.137	2.264
Controles de enfermedad (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	10.264	7.074	11.866	13.929
Producción Equivalente UVR	335.944,46	323.280,83	603.166,18	600.254,83

INDICADORES DE ATENCIÓN Indicadores remitidos con IPRG del año 2016

Indicador	2014	2015
% Muertes Intra hospitalarias antes de 48 horas	0,00	0,00
% Muertes Intra hospitalarias despues de 48 horas	0,00	0,00
% Infección Intra hospitalaria	0,00	0,00
% cancelación cirugía electiva		
Promedio días consulta médica general	1,00	0,54
Promedio días consulta ginecoobstétrica		
Numero de días de espera para cirugía electiva ginecoobstétrica	0,00	0,00
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	4,65	9,90
Razón Pacientes remitidos para atención de parto por partos atendidos	0,71	3,04

CATEGORÍA DE ATENCIÓN Indicadores Remitidos con IPRG del año 2016

Indicador	2014	2015
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	7,182	0,241
Razón Pacientes remitidos para atención de parto por partos atendidos	2,353	3,689
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2015)	2,447	2,109
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2015)	0,024	0,021
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2015)	1,003	1
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	1,057	1
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2015)		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2015)		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2015)		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general		
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	14,44	10,022
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,956	0,952





**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10
Fecha: 22/12/2016
Página 24 de 64

PLANTA PERSONAL	2014	2015	2016	2017
Total Cargos Planta de Personal (Provisos)	36	35	35	31
Empleados Públicos	23	21	21	23
Trabajadores Oficiales	6	6	6	6
Libre Nombramiento y Periodo Fijo	7	8	8	4
Planta Temporal	0	0	0	0

GASTOS COMPROMETIDOS (Ingresos comprometidos)	2014	2015	2016	2017
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	5.707.004.969	5.164.544.493	4.539.126.784	4.990.747.952
Gasto de Funcionamiento	5.148.623.501	4.626.375.993	4.129.198.815	4.508.787.453
Gastos de Personal	3.312.246.812	2.998.438.418	2.878.885.300	2.826.490.318
Gasto de Personal de Planta	1.526.896.508	1.548.780.658	1.602.540.505	1.371.596.360
Servicios Personales Indirectos	1.785.350.304	1.451.657.758	1.276.344.795	1.454.893.958
Gasto de Sueldos	758.444.043	781.152.773	791.931.271	706.158.755
Gastos Generales	1.678.885.285	1.197.624.246	1.204.663.995	1.657.499.731
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	541.844.878	511.368.498	381.181.969	481.966.499
Otros Gastos	174.227.884	457.113.233	64.395.520	24.887.904
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	1.239.439.933	773.558.148	966.379.354	774.314.296
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	6.946.444.902	5.938.102.641	5.505.506.138	5.765.062.248

RECONOCIMIENTOS CORRIENTES (Ingresos corrientes)	2014	2015	2016	2017
Ingreso Total Reconocido Excluye CxP	5.865.984.205	5.539.891.794	5.872.273.585	6.639.800.291
Total Venta de Servicios	5.481.382.296	5.398.976.404	5.765.519.105	5.864.327.743
Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	946.653.401	557.273.672	539.913.166	117.554.882
Régimen Subsidado	3.314.313.418	3.559.400.960	3.670.965.353	4.039.023.976
Régimen Contributivo	712.388.947	933.659.201	1.100.936.596	1.017.652.889
Otras ventas de servicios	508.026.539	349.642.571	453.704.036	690.096.195
Aportes	387.965.087	77.999.573	0	681.641.225
Otros Ingresos	76.636.822	62.915.817	106.754.480	93.831.323
Cuentas por cobrar Otras vigencias	488.226.184	177.456.136	304.567.928	845.524.717
Ingreso Total Reconocido	6.354.210.389	5.717.347.930	6.376.781.513	7.485.325.008

INGRESOS RESUMIDOS (Ingresos corrientes)	2014	2015	2016	2017
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxP)	4.828.228.831	4.484.288.922	3.805.294.796	4.518.228.134
Total Venta de Servicios	4.443.626.922	4.343.373.532	3.748.280.894	3.742.755.586
Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	946.653.401	541.910.640	508.258.493	81.932.190
Régimen Subsidado	2.963.458.163	3.218.554.742	2.988.808.735	3.348.313.500
Régimen Contributivo	176.679.760	369.566.290	78.085.397	39.222.892
Otras ventas de servicios	356.835.598	213.321.860	173.128.259	273.287.004
Aportes	387.965.087	77.999.573	0	681.641.225
Otros Ingresos	76.636.822	62.915.817	57.013.912	93.831.323
Cuentas por cobrar Otras vigencias	488.226.184	177.456.136	304.567.928	845.524.717
Ingreso Total Recaudado	5.316.455.015	4.661.745.058	4.309.802.724	5.363.752.851

RECAUDOS / RECONOCIMIENTOS	2014	2015	2016	2017
% de recaudos / reconocimientos	82,31	80,95	64,8	68,05
Total Venta de Servicios	81,07	80,45	65,01	63,82
Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	100,00	97,24	94,14	69,7
Régimen Subsidado	89,41	90,43	81,42	82,9
Régimen Contributivo	24,80	39,58	7,09	3,85
Otras ventas de servicios	70,24	61,01	38,16	39,6
Aportes	100,00	100,00		100
Otros Ingresos	100,00	100,00	53,41	100
Cuentas por cobrar Otras vigencias	100,00	100,00	100	100

EQUILIBRIO PRESUPUESTAL	2014	2015	2016	2017
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	0,91	0,96	1,18	1,3
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,77	0,79	0,78	0,93
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,03	1,07	1,29	1,33
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,85	0,87	0,84	0,91
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$))	15.272,74	15.708,56	9.558,44	9.769,73
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	16.892,87	15.892,52	7.494,17	8.314,38
Gasto de personal por UVR (\$))	9.833,16	9.275,03	4.772,8	4.708,82

Firma y Sello del Responsable



**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10
Fecha: 22/12/2016
Página 25 de 64

ACTIVO DEUDABLES (porcentaje)				
Variable	2015	2016	2017	2018
Total Cartera	1.909.208.366	2.736.510.907	4.683.206.823	6.292.935.074
< 60 días	118.466.560	139.235.808	390.579.507	317.324.088
61 a 360 días	1.001.561.387	1.094.219.597	1.841.941.905	2.427.410.926
> 360 días	789.180.419	1.505.055.502	2.450.685.411	3.548.200.058
Régimen Subsidiado	934.835.657	1.193.999.616	1.887.319.520	3.304.446.975
< 60 días	76.749.438	26.974.088	88.023.481	72.906.507
61 a 360 días	511.618.862	419.622.441	615.785.693	1.356.009.901
> 360 días	346.467.357	747.003.087	1.183.510.346	1.875.530.567
Población Pobre No Asegurada	5.093.006	6.039.701	36.665.871	53.178.294
< 60 días	0	0	15.827.338	22.702.910
61 a 360 días	2.442.857	3.324.079	16.723.934	12.019.782
> 360 días	2.650.149	4.715.622	4.114.599	17.535.602
Régimen Contributivo	506.483.495	1.062.622.991	1.696.166.364	2.027.748.670
< 60 días	32.911.614	79.876.638	91.529.701	73.482.833
61 a 360 días	355.270.733	576.292.502	931.321.452	774.224.922
> 360 días	198.301.148	412.453.851	873.315.211	1.180.040.915
SOAT ECAT	97.556.304	151.074.071	181.181.952	224.921.392
< 60 días	118.300	5.091.415	5.005.771	0
61 a 360 días	31.856.540	48.466.352	46.584.368	44.690.464
> 360 días	65.581.464	97.556.304	129.587.813	180.230.928
Otros Deudores	285.239.904	323.174.528	681.873.116	682.639.743
< 60 días	8.687.208	27.333.667	190.193.216	148.231.838
61 a 360 días	100.372.395	52.514.223	231.522.458	239.565.859
> 360 días	176.180.301	243.326.638	260.157.442	294.842.046
PASIVO Fuentes de recursos				
Variable	2015	2017	2018	2019
TOTAL PASIVO	1.812.062.431	2.536.995.334	2.872.039.720	3.033.711.139
...SERVICIOS PERSONALES	881.307.663	1.087.150.342	1.097.131.161	0
Otros Acreedores	930.754.768	1.449.844.992	1.774.908.559	3.033.711.139

Fuente :Aplicativo SIHO - Decreto 2193 de 2.004

<https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/>





Indicador N° 6

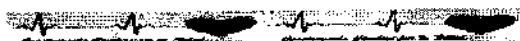
PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: 1.COMPRAS CONJUNTAS. 2. COMPRAS ATRAVES DE COOPERATIVAS DE E.S.E. 3. COMPRAS A TRAVES DE MECANISMOS ELECTRONICOS

FICHA TECNICA DEL INDICADOR	
a	Valor total adquisiciones de medicamentos y material medico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos.
(f)	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal. En caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE.
b	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material medico-quirúrgico.
(f)	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal. En caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE.
(=)	a/b Razón de cumplimiento
	Unidad de medición
	Razón geométrica de cumplimiento
	Estándar propuesto
	≥0,70
	Rango de variación
	0.00 a ≥0.70
	Valor total adquisiciones de medicamentos y material medico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos.
	Corresponde al valor total de las compras de medicamentos y material medico-quirúrgico por la ESE durante la vigencia evaluada, utilizando mecanismos de compras conjuntas, a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o plataformas compras electrónicas legalmente establecidas en el país.
	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material medico-quirúrgico.
	Corresponde al valor total comprometido en el presupuesto de la ESE, por compras de medicamentos y material medico-quirúrgico al cierre de la vigencia evaluada.

Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación Administrativa y la contratación pública.

La Junta Directiva adoptó un estatuto de contratación de acuerdo a lo que defina el Ministerio de la Protección Social.

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:





**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10

Fecha: 22/12/2016

Página 27 de 64

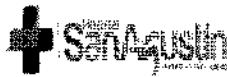
Gestión Financiera y Administrativa	6	1	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos .1) Compras conjuntas 2) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3) Compra a través de mecanismos electrónicos	0
--	---	---	---	---

Durante la vigencia 2017 para atender el requerimiento de este indicador se evaluó el hecho de que no se contaba con un Manual de Contratación actualizado y ajustado a la normatividad vigente que dejara claro el mecanismo mediante el cual la ESE Hospital San Agustín de Fonseca podría celebrar este tipo de convenios.

A finales del año 2016 se había elaborado y adoptado por parte de la Junta Directiva los Estatutos de Contratación de la entidad y a partir de ahí se debía realizar la actualización y adopción de nuestro Manual de Contratación, la cual se dió durante el primer semestre del año 2017. Seguido a esto se estableció que para proceder a suscribir un convenio de cooperación como lo es el de las compras conjuntas o los otros mecanismos sugeridos en el indicador se debía contar con un proveedor de medicamentos e insumos quirúrgicos que suministrara estos a otros hospitales del departamento con quien se pudiera suscribir este acuerdo.

A lo anterior no se ha registrado ningún procediendo de compras por lo tanto este indicador no se cumple





**EL ASESOR CONTABLE Y FINANCIERO EXTERNO DE LA E.S.E. HOSPITAL
SAN AGUSTIN DEL MUNICIPIO DE FONSECA - LA GUAJIRA**

Una vez revisado los documentos contables que reposan en la entidad se


CERTIFICA QUE:

Revisados los Archivos Contables de la Empresa Social del Estado Hospital San Agustín del municipio de Fonseca – La Guajira se pudo determinar que durante la vigencia fiscal 2017; No se realizaron Compras de medicamentos y material medicoquirúrgico 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.

La anterior Certificación se expide con el objeto que sirva de soporte del indicador 6 de la Resolución 0000408 de 2.018

Para mayor constancia se firma a los 22 días del mes de Marzo de 2018, en Fonseca - La Guajira.


EMERY JOHANA RIVEIRA BARRIOS
T.P. No 171088-T
Asesor Contable y Financiero Externo
E.S.E. Hospital San Agustín

¡Competente y Eficiente!
www.hospitalsanagustin.org
cariera@hospitalsanagustin.org - hcepanpa@hospitalsanagustin.org
Calle 15 No. 21 - 31 Tël. (095) 7756084 - 7756083 - 7756299



Indicador N° 7

MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
	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	Certificación de revisoría fiscal. En caso de no contar con revisor fiscal, Certificación del contador de la ESE.	
	Unidad de medición	Pesos corrientes	
	Estándar propuesto	0.0	
	Rango de variación	0.00 a ∞	
	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.	Corresponde a la sumatoria de la cantidad adeudada por la ESE por concepto de salarios, de acuerdo con el reporte de nómina, al personal de planta de la entidad, más la cantidad adeudada por concepto de contratación de servicios al cierre de la vigencia evaluada.	
a	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.	Certificación de revisoría fiscal. En caso de no contar con revisor fiscal, Certificación del contador de la ESE.	
(-)	b	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.	Certificación de revisoría fiscal. En caso de no contar con revisor fiscal, Certificación del contador de la ESE.
(=)	(a-b)	Razón de cumplimiento	
	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.	Corresponde a la sumatoria de la cantidad adeudada por la ESE por concepto de salarios al personal de planta de la entidad, más la cantidad adeudada por concepto de contratación de servicios al cierre de la vigencia evaluada.	
	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.	Corresponde a la sumatoria de la cantidad adeudada por la ESE por concepto de salarios al personal de planta de la entidad, más la cantidad adeudada por concepto de contratación de servicios al cierre de la vigencia anterior, deflactada según metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social.	



**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10

Fecha: 22/12/2016

Página 30 de 64

Este indicador muestra el cumplimiento de la Entidad frente a los compromisos laborales y los Servicios personales Indirectos, como también la variación con respecto al periodo anterior.

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Gestión Financiera y Administrativa	7	1	Monto de la deuda superior a 30 días salarios de planta y contratación de servicios y su variación frente a la vigencia anterior	553.979.014
--	----------	----------	---	--------------------

Se anexa certificación del contador de la ESE.

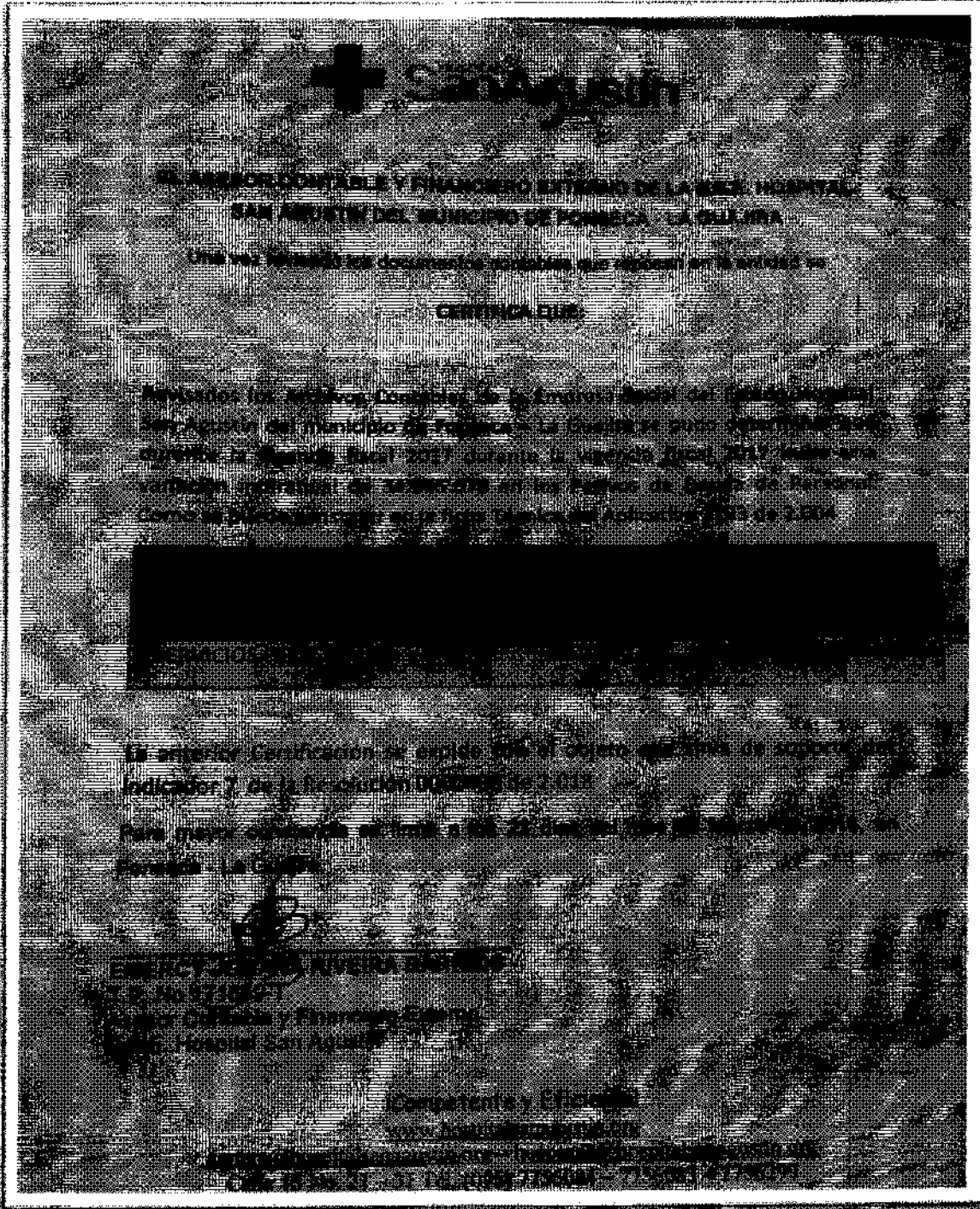
Con este indicador se pretende que las deudas por concepto de salarios de planta y contratación de servicios de recurso humano no sean superiores a 30 días, a fin de garantizar eficiencia en los pagos del personal responsable de la producción y prestación de servicios y mantener un clima organizacional adecuado.

Para la vigencia 2016 el monto de la deuda superior a 30 días a personal de planta y contratistas fue de 553.970.014

Para la vigencia 2017 el monto de la deuda superior a 30 días a personal de planta y contratistas fue de 588.944.092

La variación Positiva es de 34.965.078

Lo anterior demuestra que la gestión de pago de las deudas por este concepto aunque se realizaron todos los esfuerzos, el recurso del programa de la Zona veredal no fue recaudado en esta vigencia para pagar los compromisos adquiridos y a esto se suma los contratistas que al no estar a Paz y Salvo con su seguridad social no se les canceló en la Vigencia.





Indicador N° 8

UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS

FICHA TECNICA DEL INDICADOR	
<p>Informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia.</p> <p>En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.</p>	<p>1) Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, 2) Actas de Junta Directiva.</p>
Unidad de medición	Número de informes analíticos de RIPS durante la vigencia
Estándar propuesto	4
Rango de variación	0, 1, 3 y 5 (números enteros)
Informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia.	Se refiere a la presentación de informes analíticos con base en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) a pacientes de la ESE, durante la vigencia evaluada.

Este indicador está relacionado con el análisis que deben realizar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en lo referente a perfil epidemiológico y frecuencia de uso, y de esta manera idear estrategias encaminadas a mejorar los procesos de atención en salud.

La E.S.E viene manejando los RIPS y se evidencia en los informes presentados a la Junta Directiva durante el 2017

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Gestión Financiera y Administrativa	8	1	Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones - RIPS	0
--	---	---	---	---

Se concluye que se cumplió con el indicado de gestión No 8 generando los RIPS y haciendo de ellos una fuente de información para evaluar la prestación de servicios en la ESE Hospital San Agustín de Fonseca.




E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017

Código: D-01.10
 Fecha: 22/12/2016
 Página 33 de 64

San Agustín

Fonseca - La Guajira, 16 de Enero de 2017

Señores
MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA
E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN
 Fonseca-La Guajira



REF: Presentación informe del Registro Individual de Prestaciones RIPS según lo estipula el Plan de Gestión de la E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN, periodo 2017.

Honorable miembros de la Junta Directiva:

Como es de conocimiento la Resolución 0000743 de 2013 y 0000710 de 2012, expedidas por el Ministerio de la Salud y Protección Social en las cuales se establecen los parámetros de los Registros Individuales de Prestaciones RIPS. Por tal razón remitimos a Ustedes lo correspondiente al periodo Octubre a Diciembre de 2.017.

Sin otro particular:

[Handwritten signature]

LINA ROCIO GARCIA PENAARANDA
 Gerente

Competente y Eficiente
www.hospital-sanagustin.org
 Calle 15 No. 21 - 31 Tel. (095) 7756984 - 7756983 - 7756299

San Agustín

Fonseca - La Guajira, 22 de Enero de 2017

Señores
MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA
E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN
 Fonseca-La Guajira

REF: Presentación Informe del Registro Individual de Prestaciones RIPS según lo estipula el Plan de Gestión de la E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN, periodo 2017.

Honorable miembros de la Junta Directiva:

Como es de conocimiento la Resolución 0000743 de 2013 y 0000710 de 2012, expedidas por el Ministerio de la Salud y Protección Social en las cuales se establecen los parámetros de los Registros Individuales de Prestaciones RIPS. Por tal razón remitimos a Ustedes lo correspondiente al periodo Marzo a Mayo de 2017.

Sin otro particular:

[Handwritten signature]


LINA ROCIO GARCIA PENAARANDA
 Gerente

Competente y Eficiente
www.hospital-sanagustin.org
 Calle 15 No. 21 - 31 Tel. (095) 7756984 - 7756983 - 7756299

San Agustín

Fonseca - La Guajira, 17 de Diciembre de 2017

Señores
MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA
E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN
 Fonseca-La Guajira



REF: Presentación informe del Registro Individual de Prestaciones RIPS según lo estipula el Plan de Gestión de la E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN, periodo 2017.

Honorable miembros de la Junta Directiva:

Como es de conocimiento la Resolución 0000743 de 2013 y 0000710 de 2012, expedidas por el Ministerio de la Salud y Protección Social en las cuales se establecen los parámetros de los Registros Individuales de Prestaciones RIPS. Por tal razón remitimos a Ustedes lo correspondiente al periodo Noviembre de 2017.

Sin otro particular:

[Handwritten signature]


LINA ROCIO GARCIA PENAARANDA
 Gerente

Competente y Eficiente
www.hospital-sanagustin.org
 Calle 15 No. 21 - 31 Tel. (095) 7756984 - 7756983 - 7756299

San Agustín

Fonseca - La Guajira, 21 de Noviembre de 2017

Señores
MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA
E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN
 Fonseca-La Guajira



REF: Presentación Informe del Registro Individual de Prestaciones RIPS según lo estipula el Plan de Gestión de la E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN, periodo 2017.

Honorable miembros de la Junta Directiva:

Como es de conocimiento la Resolución 0000743 de 2013 y 0000710 de 2012, expedidas por el Ministerio de la Salud y Protección Social en las cuales se establecen los parámetros de los Registros Individuales de Prestaciones RIPS. Por tal razón remitimos a Ustedes lo correspondiente al periodo Octubre de 2017.

Sin otro particular:

[Handwritten signature]

LINA ROCIO GARCIA PENAARANDA
 Gerente

Competente y Eficiente
www.hospital-sanagustin.org
 Calle 15 No. 21 - 31 Tel. (095) 7756984 - 7756983 - 7756299



RESULTADO DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
a	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, o la norma que lo sustituya	
(f)	b	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, o la norma que lo sustituya.
(=)	(a/b)	Razón de cumplimiento	
Unidad de medición		Razón geométrica de cumplimiento	
Estándar propuesto		El informe debe haber sido recibido dentro de los términos establecidos en el Decreto 2193 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y contar con la validación de la Dirección Departamental o Distrital de Salud	
Variable dicotómica		0, ó, 5	
Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)		Corresponde al monto del recaudo efectivo (ejecución presupuestal de ingresos) de la ESE a 31 de diciembre de la vigencia evaluada, incluyendo las Cuentas por Cobrar de vigencias anteriores	
Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.		Corresponde al monto de los compromisos (ejecución presupuestal de gastos) de la ESE a 31 de diciembre de la vigencia evaluada, incluyendo las Cuentas por Pagar de vigencias anteriores	

Este indicador mide el equilibrio presupuestal total de la institución entre los Ingresos recaudados totales y los Gastos comprometidos totales del periodo a evaluar incluyendo las Cuentas por Cobrar y por Pagar de Vigencias Anteriores, esto determina el excedente y/o déficit de caja de la Entidad en el periodo a evaluar.

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:



**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10

Fecha: 22/12/2016

Página 35 de 64

Ingreso Total Recaudado	5.363.752.851
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	5.765.062.248
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,93

Gestión Financiera y Administrativa	9	1	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0.78
-------------------------------------	---	---	---	------

Se anexa ficha técnica SIHO de la ESE 2017.

Con este resultado se muestra un adecuado comportamiento de los gastos frente al recaudo de la empresa dado que con los ingresos efectivamente recaudados se logró cubrir en un 93% los gastos comprometidos de la ESE durante la vigencia 2017.

Cabe comentar que al cierre de la vigencia el recaudo se vio afectado por las glosas injustificadas de las EPS y un acuerdo de pago de servicios prestados en la modalidad de eventos a usuarios de esa entidad durante el año 2017 y que debieron ingresar antes del 31 de diciembre y el no recaudo efectivo afectó el no lograr el 100% en este indicador.

Sin embargo el comportamiento de este indicador es satisfactorio





**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10
Fecha: 22/12/2016
Página 36 de 64

FICHA TÉCNICA

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	
Año	Riesgo
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Riesgo alto
Año 2015 Resolución 1993 (con información cierre año 2014)	Riesgo alto
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Riesgo medio
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Riesgo medio
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Riesgo medio

INDICADORES DE JURISDICCION				
Indicador	2013	2014	2015	2017
Camas de hospitalización	10	10	10	10
Total de egresos	527	495	428	455
Porcentaje Ocupacional	27,43	33,58	38,31	37,07
Promedio Días Estanda	1,56	1,29	2,85	2,89
Giro Cama	55,7	49,5	42,8	45,5
Consultas Efectivas	19.035	18.659	33.262	23.527
Consultas de medicina general urgentes realizadas	26.393	20.426	25.134	25.895
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	0	0	0	0
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	0	208	2.743	2.451
Numero de partos	95	68	66	61
% Partos por cesárea	0	0	0	0
Exámenes de laboratorio	34.481	37.724	38.270	39.347
Numero de imágenes diagnósticas tomadas	5.305	6.989	6.301	7.092
Dosis de biológico aplicadas	13.533	9.297	18.973	20.073
Citologías cervicovaginales tomadas	1.816	2.036	2.137	2.264
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	10.264	7.074	11.866	13.929
Producción Equivalente UVR	336.844,46	323.280,83	603.186,18	600.254,83

INDICADOR DE EFECTIVIDAD (Indicadores Resolución 1406 del año 2006)		
Indicador	2013	2015
% Muertes intrahospitalarias antes de 48 horas	0,00	0,00
% Muertes intrahospitalarias después de 48 horas	0,00	0,00
% Infección intrahospitalaria	0,00	0,00
% cancelación cirugía electiva		
Promedio días consulta médica general	1,00	0,34
Promedio días consulta ginecobstétrica		
Numero de días de espera para cirugía electiva ginecobstétrica	0,00	0,00
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	4,63	9,80
Razón Pacientes remitidos para atención de parto por partos atendidos	0,71	3,04

INDICADOR DE ATENCIÓN (Resolución y Resolución 248 del año 2010)		
Indicador	2013	2017
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	7,162	8,241
Razón Pacientes remitidos para atención de parto por partos atendidos	2,353	3,689
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 236 de 2016)	2,447	2,109
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,024	0,021
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,003	1
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	1,057	1
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general		
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	14,44	10,022
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,956	0,932





**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10
Fecha: 22/12/2016
Página 37 de 64

PLANTA DE PERSONAL		2014		2015		2016		2017	
Variable		2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Total Cargos Planta de Personal (Provistos)		35	35	35	35	35	35	35	35
Empleados Públicos		23	21	21	21	21	21	21	21
Trabajadores Oficiales		6	6	6	6	6	6	6	6
Libre Nombramiento y Periodo Fijo		7	8	8	8	8	8	8	8
Planta Temporal		0	0	0	0	0	0	0	0

GASTOS DE OPERACIONES (Excluye CxC)		2014		2015		2016		2017	
Variable		2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Gastos Total Comprometido Excluye CxC		5.707.004.969	5.164.544.493	4.530.126.794	4.990.247.952	5.148.623.591	4.626.376.995	4.129.198.815	4.508.787.453
Gasto de Funcionamiento		3.312.246.812	2.998.438.416	2.678.885.300	2.826.490.318	1.526.896.508	1.546.780.658	1.602.540.505	1.371.996.369
Gastos de Personal		1.785.350.304	1.451.657.756	1.276.344.799	1.454.893.858	758.444.043	781.152.773	791.931.271	766.158.755
Gasto de Sueldos		1.678.885.295	1.197.624.346	1.204.863.995	1.657.409.231	541.644.878	311.368.498	301.181.969	481.968.499
Gastos de Operación y Prestación de Servicios		174.227.864	457.113.233	64.395.520	24.887.804	1.239.439.933	773.538.148	966.379.354	774.314.296
Otros Gastos		6.946.444.902	5.938.102.641	5.505.506.138	5.765.062.248				
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores									
Gastos Totales con Cuentas por Pagar									

INGRESOS RECONOCIDOS (Excluye CxC)		2014		2015		2016		2017	
Variable		2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC		5.865.984.283	5.539.891.794	5.872.273.585	6.639.800.291	5.481.382.296	5.398.976.404	5.765.519.105	5.864.327.743
Total Venta de Servicios		946.653.403	557.273.672	539.813.168	117.354.882	3.314.313.418	3.558.400.960	3.670.965.353	4.039.023.976
Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda		712.388.947	933.639.201	1.100.936.550	1.017.632.689	508.026.530	349.642.571	453.704.036	690.096.196
Régimen Subsidizado		307.965.087	77.999.573	0	681.641.225	176.679.760	369.186.250	78.085.297	39.222.897
Régimen Contributivo		76.636.822	62.915.817	104.754.480	93.831.323	354.835.966	213.321.860	173.126.259	273.287.006
Otras ventas de servicios		307.965.087	77.999.573	0	681.641.225	488.226.184	177.456.136	504.507.928	845.524.717
Otros Ingresos		6.354.219.389	5.717.347.930	6.376.781.513	7.485.325.008				
Cuentas por cobrar Otras vigencias									
Ingreso Total Reconocido									

INGRESOS RECAUDADOS (Excluye CxC)		2014		2015		2016		2017	
Variable		2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)		4.443.836.823	4.343.373.533	3.746.285.884	3.742.755.566	2.963.458.143	3.218.534.743	2.988.808.735	3.398.313.909
Total Venta de Servicios		946.653.403	541.910.640	508.258.499	81.932.150	176.679.760	369.186.250	78.085.297	39.222.897
Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda		354.835.966	213.321.860	173.126.259	273.287.006	307.965.087	77.999.573	0	681.641.225
Régimen Subsidizado		76.636.822	62.915.817	57.613.912	93.831.323	488.226.184	177.456.136	504.507.928	845.524.717
Régimen Contributivo		5.316.455.815	4.861.745.858	4.309.802.724	5.363.752.815				
Otras ventas de servicios									
Otros Ingresos									
Cuentas por cobrar Otras vigencias									
Ingreso Total Recaudado									

RECAUDOS Y RECONOCIMIENTOS		2014		2015		2016		2017	
Variable		2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
% de recaudos / reconocimientos		82,31	80,93	64,8	64,05	81,07	80,43	65,01	63,83
Total Venta de Servicios		100,00	97,24	94,14	89,7	88,41	90,45	81,43	82,8
Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda		74,89	39,56	7,09	3,85	78,24	81,81	79,18	39,6
Régimen Subsidizado		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Régimen Contributivo		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Otras ventas de servicios									
Otros Ingresos									
Cuentas por cobrar Otras vigencias									

EQUILIBRIO PRESUPUESTAL		2014		2015		2016		2017	
Variable		2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Equilibrio presupuestal con reconocimientos		0,91	0,90	1,16	1,2	0,77	0,76	0,76	0,83
Equilibrio presupuestal con recaudos (Incluye y Anexo 2 Resolución 408 de 2016)		1,03	1,07	1,29	1,33	0,85	0,87	0,88	0,91
Equilibrio presupuestal con reconocimientos (Sin CxC y CxC)		16.272,74	16.700,38	9.538,44	9.789,73	16.892,87	15.892,32	7.494,17	8.314,26
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR 8 (Incluye y Anexo 2 Resolución 408 de 2016)		9.339,16	8.275,03	4.772,6	4.738,85				





**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10
Fecha: 22/12/2016
Página 38 de 64

CARTERA DE DEUDORES (pasos pendientes)				
Variable	2014	2015	2016	2017
Total Cartera	1.909.208.366	2.738.510.907	4.683.206.822	6.292.935.074
< 60 días	118.466.560	139.235.809	390.579.507	317.324.088
61 a 360 días	1.001.561.387	1.094.219.597	1.841.941.905	2.427.910.928
> 360 días	789.180.419	1.505.055.502	2.450.685.411	3.548.200.058
Regimen Subsidiado	934.825.657	1.193.599.516	1.887.319.520	3.304.446.975
< 60 días	76.749.438	26.974.089	88.023.481	72.906.507
61 a 360 días	511.618.862	419.622.441	615.785.693	1.356.009.901
> 360 días	346.467.357	747.003.067	1.183.510.346	1.875.530.567
Población Pobre No Asegurada	5.093.096	8.039.701	36.665.871	53.178.294
< 60 días	0	0	15.827.338	22.702.910
61 a 360 días	2.442.857	3.324.079	16.723.934	12.919.782
> 360 días	2.650.149	4.715.622	4.114.599	17.555.602
Regimen Contributivo	596.493.495	1.002.622.991	1.896.166.364	2.027.748.670
< 60 días	32.911.614	79.876.638	91.529.701	73.482.833
61 a 360 días	355.270.733	570.292.502	931.321.452	774.224.922
> 360 días	198.301.148	412.453.851	873.315.211	1.180.040.915
SOAT ECAT	97.556.304	151.074.071	181.161.952	224.921.392
< 60 días	118.300	5.051.413	5.005.771	0
61 a 360 días	31.856.540	48.466.352	46.588.368	44.890.464
> 360 días	65.581.464	97.556.304	129.587.813	180.230.928
Otros Deudores	285.239.904	323.174.528	681.873.116	662.639.743
< 60 días	8.687.208	27.333.667	190.193.216	148.231.838
61 a 360 días	100.372.395	52.514.223	231.522.458	239.565.899
> 360 días	176.180.301	243.326.638	260.157.442	294.842.046

PASIVOS (pasos pendientes)				
Variable	2014	2015	2016	2017
TOTAL PASIVO	1.812.062.431	2.536.995.334	2.872.039.720	3.033.711.139
...SERVICIOS PERSONALES	881.307.663	1.087.150.342	1.067.131.161	0
Otros Acreedores	930.754.768	1.449.844.992	1.774.908.559	3.033.711.139

Fuente :Aplicativo SIHO - Decreto 2193 de 2.004

<https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/>





Indicador N° 10

OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR UNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

FICHA TECNICA DEL INDICADOR	
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Superintendencia Nacional de Salud
Unidad de medición	Informe de la vigencia que cumple con los requisitos normativos en términos y contenidos
Estándar propuesto	El informe debe haber sido recibido dentro de los términos establecidos en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, por parte de esta misma entidad.
Variable dicotómica	0, 6, 5
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Se refiere a la presentación de informes establecidos en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, para las Empresas Sociales del Estado, con los cortes y fechas de presentación estipulados en la norma

Este indicador se refiere a la oportunidad en la entrega de la información sobre el cumplimiento de la circular única que se tiene que presentar a la Súper Intendencia de Salud.

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Gestión Financiera y Administrativa	10	1	Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud	Oportuno
--	----	---	--	----------

La Circular Única debe reportarse en dos oportunidades en el año con una periodicidad semestral, para el primer y segundo semestre se cumplió con el reporte oportuno de la información, tal como se venía haciendo en los semestres anteriores. Aunque la Superintendencia tuvo en cuenta otras Circulares como la 016 y 012 en una de estas enviamos en forma extemporánea y por ello No Cumplimos con este indicador.





Informe Primer Semestre

Sistema de recepción y validación de archivos RVCC

Envío oficial

Fecha envío: 2017-01-01

Estado: CARGADO

Validación de envío

Sistema de recepción y validación de archivos RVCC

Reporte de envíos

Filtro del reporte:

Código:	CONCEPCIÓN	Id de envío (Opcional):	
Año:	2017	Fecha inicio (Opcional):	
Periodo:	1º Semestre	Fecha Fin (Opcional):	

Reporte de envíos

Id	Fecha	Estado	Detalle
1	2017-01-01	CARGADO	

Informe Segundo Semestre

Sistema de recepción y validación de archivos RVCC

Envío oficial

Fecha envío: 2017-01-01

Estado: CARGADO

Validación de envío

Sistema de recepción y validación de archivos RVCC

Reporte de envíos

Filtro del reporte:

Código:	CONCEPCIÓN	Id de envío (Opcional):	
Año:	2017	Fecha inicio (Opcional):	
Periodo:	1º Semestre	Fecha Fin (Opcional):	

Reporte de envíos

Id	Fecha	Estado	Detalle
1	2017-01-01	CARGADO	

476



**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA**

INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017

Código: D-01.10

Fecha: 22/12/2016

Página 41 de 64



Superintendencia Nacional de Salud

Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional

REPORTE DE INDICADORES ESE RESOLUCIÓN 408 DE 2018

INDICADOR N° 2 - DIRECCIÓN Y GERENCIA / INDICADOR N° 10 - FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

VIGENCIA 2017

Fuente: Circular Única Superintendencia Nacional de Salud

Fecha de consulta: 22/09/2018

Indicador	Indicador 2	Indicador 10	NO CUMPLE
892170002	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA	0.91	NO CUMPLE

47



Indicador N° 11

OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004

FICHA TECNICA DEL INDICADOR	
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Ministerio de Salud y Protección Social.
Unidad de medición	Informe de la vigencia que cumple con los requisitos normativos en términos y contenidos
Estándar propuesto	Cumplimiento dentro de los términos previstos
Variable dicotómica	0, 4, 5
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Se refiere a la presentación de informes establecidos en el Decreto 2193 de 2004, al Ministerio de Salud y Seguridad Social, para las Empresas Sociales del Estado, con los cortes y fechas de presentación estipulados en la norma

Es el Cumplimiento de la entrega de información basado en el decreto 2193 del 2004, estos informes se presentan algunos de forma trimestral otros semestrales y un consolidado anual, donde se reportan información de tipo Financiero, de Calidad, Producción y Recurso Humano.

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Gestión Financiera y Administrativa	11	I	Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	Oportuno
--	----	---	--	----------

Se anexa Reporte de Cumplimiento del Ministerio de Salud y la Protección Social.

El reporte de la información contenida en el decreto 2193 de 2004 se ha venido haciendo oportunamente por parte de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca, así mismo durante esta vigencia, con lo que se cumple el indicador No 11 del plan de gestión gerencial.



**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10

Fecha: 22/12/2016

Página 43 de 64



COMISION DE INVESTIGACION DE SERVICIOS Y ATENCION PROMISIA

Operatividad es el estado de información situacional del año 2017 de que trata el Decreto 2193 de 2014, contemplado en la Sección 3, Capítulo 4, Título 3, Parte 4 del Libro 2 del Decreto 786 de 2014. Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 718 de 2012, modificada por las Resoluciones 843 de 2013 y 405 de 2014.

Nota: Se continúa con este ESE presento oportunamente la información, e los cuatro informes trimestrales de 2017 de que trata el Decreto 2193 de 2014, contemplado en la Sección 3, Capítulo 4, Título 3, Parte 4 del Libro 2 del Decreto 786 de 2014. Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social por parte de los Directores Territoriales de Salud

Departamento	Municipio	Nombre institución	Primer Trimestre Fecha de entrega	Segundo Trimestre Fecha de entrega	Tercer Trimestre Fecha de entrega	Cuarto Trimestre Fecha de entrega	Presupuesto Plazo de cumplimiento
Hues	SANTA ANA	CARRETA SOTOM DEL ESTIAGO BUSTOZA BUSTOZA	16/02/2017	15/03/2017	15/04/2017	14/05/2017	Cumplido
Hues	LUNA	E.S.E HOSPITAL NEOTOMA SERRANO DE PATRIA	15/02/2017	15/03/2017	15/04/2017	14/05/2017	Cumplido
Hues	TRINIDAD	E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE TANGULO	15/02/2017	15/03/2017	15/04/2017	14/05/2017	Cumplido
Hues	TELLO	RECENTRO DE SALUD MIGUEL BARRERO LOPEZ	14/02/2017	13/03/2017	13/04/2017	12/05/2017	Cumplido
Hues	TELLO	E.S.E HOSPITAL SAN JOSE	14/02/2017	13/03/2017	13/04/2017	12/05/2017	Cumplido
Hues	TELLO	E.S.E HOSPITAL SANTA TERESA	14/02/2017	13/03/2017	13/04/2017	12/05/2017	Cumplido
Hues	TELLO	E.S.E HOSPITAL MANUEL SAN ANTONIO	14/02/2017	13/03/2017	13/04/2017	12/05/2017	Cumplido
Hues	VALPARAISO	UNIDAD ESPECIAL DEL TENDRO HOSPITAL DEL TENDRO	14/02/2017	13/03/2017	13/04/2017	12/05/2017	Cumplido
Hues	VALPARAISO	HOSPITAL SOCORRO DE UNIANIMA	14/02/2017	13/03/2017	13/04/2017	12/05/2017	Cumplido
Hues	VALPARAISO	SEA CENTRO DE SALUD LAURA PERDOMO DE GARCIA	22/02/2017	21/03/2017	21/04/2017	20/05/2017	Cumplido
Hues	VALPARAISO	E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ALVARO	01/02/2017	01/03/2017	01/04/2017	01/05/2017	Cumplido
Hues	VALPARAISO	E.S.E HOSPITAL NEOTOMA SERRANO DEL PILAR	01/02/2017	01/03/2017	01/04/2017	01/05/2017	Cumplido
Hues	VALPARAISO	HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE ARELA	30/01/2017	29/02/2017	29/03/2017	28/04/2017	Cumplido
Hues	VALPARAISO	E.S.E HOSPITAL SANTA TERESA DE CASAS	01/02/2017	01/03/2017	01/04/2017	01/05/2017	Cumplido
Hues	VALPARAISO	E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE SORRECA	01/02/2017	01/03/2017	01/04/2017	01/05/2017	Cumplido
Hues	VALPARAISO	E.S.E HOSPITAL NEOTOMA SERRANO DEL CAMARON	01/02/2017	01/03/2017	01/04/2017	01/05/2017	Cumplido
Hues	VALPARAISO	HOSPITAL DONALDO SAL GONZALEZ	01/02/2017	01/03/2017	01/04/2017	01/05/2017	Cumplido
Hues	VALPARAISO	E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE MARCAO	27/01/2017	26/02/2017	26/03/2017	25/04/2017	No Cumplido
Hues	VALPARAISO	E.S.E HOSPITAL ALBERICO MARCONI LEON	01/02/2017	01/03/2017	01/04/2017	01/05/2017	Cumplido
Hues	VALPARAISO	E.S.E HOSPITAL NEOTOMA SERRANO DE LOS REYES	01/02/2017	01/03/2017	01/04/2017	01/05/2017	Cumplido
Hues	VALPARAISO	HOSPITAL SAN JOSE DE MARCAO	01/02/2017	01/03/2017	01/04/2017	01/05/2017	Cumplido

Recibido: Aprobado:

Carrera 13 No. 32-76 - Código Postal 110312, Bogotá D.C.
Teléfono: (57-1)3305000 - Línea gratuita: 021004963535 - Fax: (57-1)3306050 - www.minsalud.gov.co



Esta área tan fundamental para la ESE, involucra el componente misional como Empresa Social de Estado, prestadora de servicios de salud, enmarcada fundamentalmente dentro del Portafolio de servicios que oferta como ESE, su papel dentro de la Red pública del Departamento del Atlántico y de los servicios declarados y efectivamente prestados.

Indicador N° 21

PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR			
	a	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación.	Informe comité de Historias Clínicas
(i)	b	Total de mujeres gestantes identificadas	Informe comité de Historias Clínicas
(=)	(a/b)	Razón de cumplimiento	
		Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
		Estándar propuesto	≥0,85
		Rango de variación	0.0 hasta ≥0.85
		Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación.	Corresponde a la cantidad de mujeres gestantes atendidas en la ESE durante la vigencia evaluada que recibieron por lo menos una valoración por parte de un médico de la entidad antes de la duodécima (12ª) semana de gestación y se inscribieron formalmente en el Programa institucional de Control Prenatal.
		Total de mujeres gestantes identificadas	Corresponde a la cantidad de mujeres gestantes atendidas en la ESE durante la vigencia evaluada.

La mortalidad materna constituye un problema de salud pública y la meta es disminuirla en el Municipio y en el Departamento al igual que en el país y para tal fin el Ministerio de Salud, desarrolló una Guía mediante la expedición de la Resolución 412 de 2000, que consiste en un conjunto de estándares y recomendaciones asistenciales que intentan proporcionar a los clínicos, pacientes, familiares, investigadores, compañías de seguros y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de la detección temprana de alteraciones del embarazo. Cada paciente debe ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas.





Estas recomendaciones son acciones tendientes a controlar la mortalidad materna. Se sugiere revisar esta guía periódicamente como quiera que los avances en terapéutica puedan modificar las recomendaciones presentes y, entonces, tener una vigencia de tres a cinco años.

Con el fin de lograr la reducción de la mortalidad materna y perinatal, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal.

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:

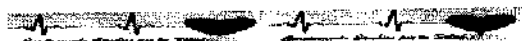
Area de Gestión Asistencial	21	I	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	NA
-----------------------------	----	---	--	----

Se anexa acta de comité de historias clínicas y ficha del indicador.

En la ESE Hospital San Agustín de Fonseca durante el año 2017 se diseñó una estrategia de captación temprana a todos los programas de promoción y prevención, como una medida para cumplir con este indicador que hace parte del plan de gestión gerencial; pero también a fin de incrementar la demanda inducida a los programas y disminuir en número y valor d las glosas de las EPS a la ESE.

Esta medida permitió que el porcentaje de captación de mujeres embarazadas al control prenatal antes de las doce semanas de embarazo se elevara al 85.88% durante la vigencia 2017, garantizando ingreso oportuno al programa, intervención temprana de los riesgos, disminución de la morbilidad durante el control, disminución de la mortalidad materna y asegurando una adecuada preparación para la atención adecuada de un parto y del recién nacido.

De esta manera se cumplió con el indicador No 12 del plan de Gestión Gerencial.





EL SUSCRITO EMFERMERO DEL AREA ASISTENCIAL DE LA ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA – LA GUAJIRA.


CERTIFICA:

Que la ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA – LA GUAJIRA, en el periodo comprendido entre Enero 1 y Diciembre 31 de 2.017, se les realizó la valoración médica y se inscribieron al programa de Control Prenatal antes de la semana 12 de Gestación a 73 de las 85 Mujeres Gestantes identificadas. Datos consignados en el Informe anual del Comité de Historias Clínicas de la Institución.

El Resultado de este indicador es ████████

La anterior Certificación se expide con el objeto que sirva de soporte del indicador 21 de la Resolución 0000408 de 2.018

Dado en Fonseca a los 22 días del mes de Marzo de 2.018


NAVID ELÍAS CUESTAS SOLANO
Coordinador Comité Historias Clínicas
E.S.E. Hospital San Agustín
Fonseca – La Guajira

¡Competente y Eficiente!
www.hospital-sanagustin.org
scriem@hospital-sanagustin.org – hospital@hospital-sanagustin.org
Calle 15 No. 21 – 31 T&L (095) 7756084 – 7756083 – 7756299



Indicador N° 22

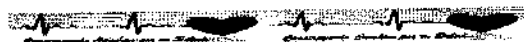
INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA E.S.E

FICHA TECNICA DEL INDICADOR	
Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.	Concepto del COVE Territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis congénita diagnosticado.
Unidad de medición	Número de casos
Estándar propuesto	Cero (0)
Variable dicotómica	0, ó, 5
Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.	Se refiere a la cantidad de Recién Nacidos en la ESE, durante la vigencia evaluada, que registraron Diagnóstico de Sífilis Congénita. Corresponde al recién nacido, mortinato o aborto, de madre con sífilis gestacional con tratamiento inadecuado o sin tratamiento. Un tratamiento inadecuado consiste en: cualquier terapia materna con antibiótico diferente a la penicilina, terapia administrada a la madre con menos de 30 días de anterioridad a la terminación de la gestación

La sífilis gestacional y congénita es considerada un problema de salud pública por su gravedad, y representa una falla del sistema de salud, por lo que se requiere evaluarlo de manera exhaustiva en lo local y lo central.

Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita cabe destacar la falta de percepción de algunos proveedores de salud de que la sífilis materna y la congénita pueden tener consecuencias graves, las barreras al acceso a los servicios de control prenatal, el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual.

La sífilis congénita (SC) ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al feto durante la gestación ya sea por vía hematogéno-transplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre. Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico ya se ha desarrollado, aunque el treponema puede pasar la circulación fetal desde la novena semana. Si la madre recibe tratamiento antes de la decimosexta semana es casi siempre posible que se prevenga el daño al feto y de aquí la importancia de la solicitud de pruebas no estreptocócicas prenatales en el primer trimestre de gestación.





**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10

Fecha: 22/12/2016

Página 48 de 64

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Area de Gestión Asistencial	22	I	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE.	NA
-----------------------------	----	---	--	----

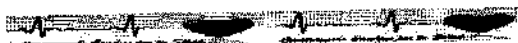
Se anexa concepto del COVE Territorial Fonseca.

Dentro de las acciones de fortalecimiento y reorganización de los servicios de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca se adelantó la implementación 100% de las guías de atención del embarazo, con lo cual se busca el mejoramiento de los indicadores del programa, entre ellos el de evitar que se presenten casos de sífilis congénita por falta de tratamiento o mal manejo de la sífilis gestacional.

Durante la vigencia 2017 no se reportaron casos de sífilis congénita en el total de mujeres atendidas en el programa de control prenatal o sala de partos de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca.

Aunque en el municipio se presentó un caso en una clínica privada de San Juan del Cesar de una madre residente en el municipio este no se considera porque su nacimiento no fue realizado en esta Institución.

De esta manera se cumplió con el Indicador No 22 del plan de gestión gerencial.





**Construyendo
CAMBIO**
Por una vida mejor

**ALCALDIA MUNICIPAL
DE FONSECA**

**LA SUSCRITA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE
FONSECA - LA GUAJIRA**

CERTIFICA

Que según la información validada por la Secretaría en el síviga y el COVE municipal no existe caso de incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la E.S.E Hospital San Agustín durante la vigencia 2017.

Lo anterior se expide con fines de que sea reportada de la valoración de la Gerente de la E.S.E en su indicador de plan de gestión según la resolución 000408 de febrero 15 de 2018.

Para constancia se firma en Fonseca - La Guajira a los veintiséis (26) días del mes de Marzo de 2018.

ETHEL CAROLINA GARCIA SOLANO
Secretaría de Desarrollo Social (Salud y educación)



Indicador N° 23

EVALUACION DE APLICACIÓN DE GUIAS DE MANEJO ESPECÍFICA: GUIA DE ATENCION EN ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
	a	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE.	Informe comité de Historias Clínicas
(/)	b	Total de pacientes con Diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	Informe comité de Historias Clínicas
(=)	(a/b)	Razón de cumplimiento	
		Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
		Estándar propuesto	≥0,90
		Rango de variación	0.0 - ≥0.90
		Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE.	Se refiere al total de historias clínicas de pacientes atendidos durante la vigencia evaluada en la ESE, con Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva/Hipertensión Arterial en las cuales se verificó, por parte del Comité de Historias Clínicas de la entidad, la estricta aplicación de la Guía específica de manejo adoptada por la ESE
		Total de pacientes con Diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	Corresponde al total de historias clínicas de pacientes atendidas en la ESE con Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva/Hipertensión Arterial, durante la vigencia evaluada.

La hipertensión arterial es un problema de salud de particular importancia dadas su relevancia e impacto en la población general. Continúa siendo un factor de riesgo importante en el desarrollo de enfermedad cardio-vascular ya que produce una gran carga en morbilidad y mortalidad.

Es de vital importancia, que se de le especial y prioritaria vigilancia a la adecuada aplicación de la Guía de atención de esta enfermedad, a fin de poder realizar adecuado diagnóstico y pertinente plan de tratamiento a estos pacientes, manejándolos bajo un enfoque integral que involucre trabajo interdisciplinario, como lo son la alimentación balanceada, estilos de vida saludables, apoyo especializado según cada caso particular y controles de apoyo diagnóstico periódicos, entre otros aspectos.





Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área de Gestión Asistencial	23	I	Evaluación de la aplicación de la Guía de Manejo Específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva	NA
------------------------------------	----	---	--	----

Se anexa acta de comité de historias clínicas, ficha del indicador y formatos de evaluación de las historias clínicas.

En la ESE Hospital San Agustín de Fonseca se lleva el programa de Riesgo cardiovascular en el cual se hace el manejo de los pacientes con enfermedad hipertensiva, diabetes mellitus y dislipidemicos. Este programa al igual que los demás durante la vigencia 2017 sufrió una reorganización de sus actividades en cumplimiento estricto de la Guía de atención para estas enfermedades.

La adherencia a las guías está definido como la estrategia para lograr los resultados que se esperan dentro el programa y por ello se realizó durante el año la adopción de la guía, la socialización de la misma al personal responsable de programa, la evaluación de la adherencia a la guía.

Para cumplir con el indicador del pan de gestión se realizó en el año 2017 la evaluación de la aplicación de la guía de atención de enfermedad hipertensiva la cual arrojó que el 98% de las historias clínicas de la muestra representativa auditada cumplieron con la aplicación de la guía.





EL SUSCRITO EMFERMERO DEL AREA ASISTENCIAL DE LA ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA – LA GUAJIRA.

CERTIFICA:

Que la **ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA – LA GUAJIRA**, en el periodo comprendido entre Enero 1 y Diciembre 31 de 2.017, de una muestra aleatoria de 50 Historias Clínicas de pacientes diagnosticadas con Hipertensión Arterial atendidos en la ESE, a 49 Historias Clínicas se les ha aplicado en forma estricta la Guía de atención de enfermedad Hipertensiva. Datos Consignados en el Informe anual del Comité de Historias Clínicas de la Institución.

El Resultado de este indicador es 98%

La anterior Certificación se expide con el objeto que sirva de soporte del indicador 23 de la Resolución 0000408 de 2.018

Dado en Fonseca a los 22 días del mes de Marzo de 2.018


NAYIB ELIAS CUESTAS SOLANO

Coordinador Comité Historias Clínicas

E.S.E. Hospital San Agustín

Fonseca – La Guajira

¡Competente y Eficiente!

www.hospitalsanagustin.org

cartero@hospitalsanagustin.org – hospital@hospitalsanagustin.org
Calle 15 No. 21 – 31 Tél. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299





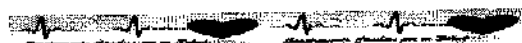
Indicador N° 24

EVALUACION DE APLICACIÓN DE GUIAS DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
	a	Número de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.	Informe comité de Historias Clínicas
(/)	b	Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de Crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.	Informe comité de Historias Clínicas
(=)	(a/b)	Razón de cumplimiento	
		Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
		Estándar propuesto	≥0,80
		Rango de variación	0.0 - ≥0.80
		Número de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.	Se refiere al total de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años atendidos en Consulta de Crecimiento y Desarrollo de la ESE durante la vigencia evaluada en las cuales se verificó, por parte del Comité de Historias Clínicas de la entidad, la estricta aplicación de la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo adoptada por la entidad.
		Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de Crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.	Corresponde a la cantidad de niños (as) menores de 10 años que asistieron a la consulta de Crecimiento y desarrollo, durante la vigencia evaluada.

El crecimiento y desarrollo es el proceso de transformación que evoluciona en la forma dinámica y rápida en los niños durante su ciclo vital. La vigilancia y acompañamiento del mismo, así como la detección temprana y atención oportuna de sus alteraciones, representa la posibilidad de una intervención con alta rentabilidad social y económica.

Es fundamental el acompañamiento para garantizar el estricto cumplimiento de los derechos de los niños. Los equipos de salud deben orientar a los niños, sus familias y comunidades a través de guías y normas basadas en la evidencia científica que





promueven la apropiación de estilos de vida saludables, ambientes sanos y cuidados básicos de la salud.

Ahora bien, por otra parte es imprescindible que se realice un proceso de auditoría interna de la mano con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, que evalúe periódicamente la adherencia a la Guía de atención de Crecimiento y desarrollo, por parte del Recurso Humano profesional que ejecuta este programa.

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área de Gestión Asistencial	24	I	Evaluación de la Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo	NA
-----------------------------	----	---	---	----

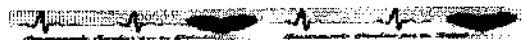
Se anexa informe comité de historias clínicas, ficha del indicador

En la ESE Hospital San Agustín de Fonseca se lleva el programa de Detección temprana de alteraciones en el crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, en el cual se hace el manejo de los niños menores de 10 años en la búsqueda de detectar tempranamente alteraciones en el crecimiento y en el desarrollo de los niños, para que puedan ser intervenidos a tiempo y evitar desviaciones en las curvas de crecimiento de ellos.

Este programa al igual que los demás durante la vigencia 2017 sufrió una reorganización de sus actividades en cumplimiento estricto de la Guía de atención para este programa.

La adherencia a las guías está definido como la estrategia para lograr los resultados que se esperan dentro el programa y por ello se realizó durante el año la adopción de la guía, la socialización de la misma al personal responsable de programa, la evaluación de la adherencia a la guía.

Para cumplir con el indicador del plan de gestión se realizó en el año 2017 la evaluación de la aplicación de la guía de detección temprana de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 10 años, la cual arrojó que el 92.85% de las historias clínicas de la muestra representativa auditada cumplieron con la aplicación de la guía.





**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10

Fecha: 22/12/2016

Página 55 de 64



EL SUSCRITO EMFERMERO DEL AREA ASISTENCIAL DE LA ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA – LA GUAJIRA.

CERTIFICA:

Que la ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA – LA GUAJIRA, en el periodo comprendido entre Enero 1 y Diciembre 31 de 2.017, de una muestra aleatoria de 70 Historias Clínicas de pacientes menores de 10 años de edad atendidos en el programa de Crecimiento y desarrollo de la ESE, a 65 se les ha aplicado en forma estricta la Guía de atención temprana de las alteraciones de Crecimiento y desarrollo.

El Resultado de este indicador es 92.85%

La anterior Certificación se expide con el objeto que sirva de soporte del indicador 24 de la Resolución 0000408 de 2.018

Dado en Fonseca a los 22 días del mes de Marzo de 2.018


NAYDÉNAS CUESTAS SOLANO

Coordinador Comité Historias Clínicas

E.S.E. Hospital San Agustín

Fonseca – La Guajira

¡Competente y Eficiente!

www.hospital-sanagustin.org

cartora@hospital-sanagustin.org – hospansa@hospital-sanagustin.org
Calle 15 No. 21 – 31 Tel. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299



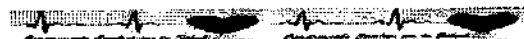
Indicador N° 25

REINGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
	a	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas.	Comité de calidad o quien haga sus veces
(/)	b	Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo.	Comité de calidad o quien haga sus veces
(=)	(a/b)	Razón de cumplimiento	
		Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
		Estándar propuesto	≤0.03
		Rango de variación	0.0 - ≥0.10
		Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas.	Se refiere a la cantidad de consultas de pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la ESE, por la misma causa en el mismo paciente durante la vigencia evaluada dentro del periodo comprendido entre las veinticuatro (24) horas y las setenta y dos (72) horas después de la hora registrada de atención de primera vez.
		Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo.	Se refiere a la cantidad con corte a 31 de diciembre, de consultas de pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la ESE durante la vigencia evaluada.

Este indicador contempla los reingresos o readmisiones de pacientes al servicio de Urgencias en un término de 72 horas después del egreso o salida.

Este indicador nos dará cuenta de la calidad de la atención en términos de la racionalidad técnica científica y efectividad del diagnóstico y tratamiento aplicados en la atención del paciente, así como con la capacidad resolutoria de la institución en la educación al paciente.





**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10

Fecha: 22/12/2016

Página 57 de 64

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Area de Gestión Asistencial	25	I	Reingreso por el Servicio de Urgencias	NA
-----------------------------	----	---	--	----

Se anexa acta de comité de historias clínicas

Durante la vigencia 2017 se definió dentro de los indicadores de gestión del servicio de urgencias el de Reingresos por el Servicio de Urgencias, la recolección de la información se inició de manera manual, pero en el segundo semestre se obtuvo la información mediante el software con el cual cuenta la empresa.

Se incluyeron dentro del indicador los casos de reingresos después de las 24 horas de la atención inicial de urgencias y antes de las 72 horas de la atención inicial de urgencias.

Durante los primeros seis meses el resultado del indicador estaba por encima del estándar propuesto , por lo que se priorizaron algunas acciones de mejora en aras de cumplir con este y con los demás indicadores del área, fue así como se reorganizo la ruta de atención en el servicio de urgencias, se actualizaron las guías de manejo de las principales causas de consulta, se socializaron entre el personal asignada al área y posterior a ello se inició a evaluación de aplicación de las guías actualizados.

Con lo anterior se observa que en segundo semestre del año el indicador llega a su meta propuesta y en los meses finales del año presenta una tendencia favorable. Cumpliendo así con el indicador No 25 del plan de gestión gerencial.





**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

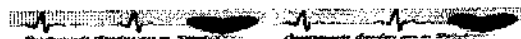
Código: D-01.10

Fecha: 22/12/2016

Página 58 de 64

% Huertas intrahospitalarias antes 48 horas	0,00	0,00
% Huertas intrahospitalarias después 48 horas	0,00	0,00
% Infección intrahospitalaria	0,00	0,00
% cancelación cirugía electiva		
Promedio días consulta médica general	1,00	0,34
Promedio días consulta ginecoobstétrica		
Número de días de espera para cirugía electiva ginecoobstétrica	0,00	0,00
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	4,85	9,90
Razón Pacientes remitidos para atención de parto por partos atendidos	0,71	3,04

% pacientes atendidos por urgencias remitidos	7.162	8.241
Razón Pacientes remitidos para atención de parto por partos atendidos	2.351	3.489
Proporción de reintegro de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 524 de 2016)	2.447	2.190
Proporción de reintegro de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 23, anexo 2 Resolución 408 de 2016)	0,024	0,021
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 24, anexo 2 Resolución 408 de 2016)	1,003	1
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	1,037	1
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2016)		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2016)		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2016)		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general		
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como litige 2 en el servicio de urgencias	14,44	10,022
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,956	0,952





Indicador N° 26

OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCION DE CONSULTA MEDICA GENERAL

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
a	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.	Reporte de la resolución 1446 de 2006, ó la norma que la sustituya	
(/)	b	Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.	Reporte de la resolución 1446 de 2006, ó la norma que la sustituya
(=)	(a/b)	Razón de cumplimiento	
Unidad de medición		Días	
Estándar propuesto		≤3	
Formula de cálculo		Se divide el numerador (a) entre el denominador (b) y el resultado se presenta con una cifra decimal	
Rango de variación		0.0 hasta ≥ 6.0	
	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.	Corresponde al total de días contabilizados entre la fecha en la cual el paciente o su representante solicitaron la cita con Médico General y la fecha en la cual se asignó efectivamente la cita por parte de la ESE.	
	Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.	Corresponde a la cantidad de consultas programadas y realizadas por Médico General en la entidad durante la vigencia evaluada	

La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema, pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias. El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores Su monitorización puede





proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel. La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementan la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Para la vigencia 2017 el resultado de este indicador fue el siguiente:

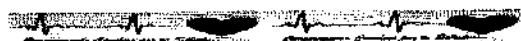
Área de Gestión Asistencial	26	I	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	NA	1.00
-----------------------------	----	---	--	----	------

Se anexa reporte anexo 2 reporte de indicadores resolución 408 de 2018.

Este indicador que también hace parte de los indicadores de oportunidad de obligatorio reporte en la circular 030, circular única, decreto 2193; se ha venido midiendo, evaluando y controlando desde hace varias vigencias.

Es importante mencionar que en la ESE Hospital San Agustín de Fonseca desde el segundo semestre del año 2017 la asignación de citas para consulta externa se hace con agendas abiertas permanentemente, lo cual en contraste con el resultado obtenido en este indicador demuestra que se viene controlando de manera efectiva la oferta con la demanda de este servicio, garantizando oportunidad a todos los usuarios en la asignación de citas de este servicio.

Se cumple así con el indicador No 26 del Plan de Gestión Gerencial.





**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2017**

Código: D-01.10

Fecha: 22/12/2016

Página 61 de 64

% Muertes intrahospitalarias antes de 48 horas	0,00	0,00
% Muertes intrahospitalarias después de 48 horas	0,00	0,00
% Muertes intrahospitalarias	0,00	0,00
% Cancelación cirugía electiva		
Promedio días consulta médica general	1,00	0,54
Promedio días de espera para cirugía electiva ginecoobstétrica	0,00	0,00
% pacientes atendidos por urgencias remitidas	4,60	8,90
Proporción Pacientes remitidos para atención de parto por partos atendidos	0,71	1,04

% pacientes atendidos por urgencias remitidas	2,162	8,241
Proporción Pacientes remitidos para atención de parto por partos atendidos	2,350	3,589
Proporción de ingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 224 de 2010)	2,447	2,109
Proporción de ingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas Clasificación 20, Anexo 2 Resolución 408 de 2010	0,024	0,021
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 24, Anexo 2 Resolución 408 de 2010)	1,003	1
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general (Indicador 25, Anexo 2 Resolución 408 de 2010)	1,000	1
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 18, Anexo 2 Resolución 408 de 2010)		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología (Indicador 19, Anexo 2 Resolución 408 de 2010)		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general (Indicador 20, Anexo 2 Resolución 408 de 2010)		
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triaje 2 en el servicio de urgencias	14,44	10,622
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,958	0,932





**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10
Fecha: 22/12/2016
Página 62 de 64

**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*j	
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						
2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud				0,05			
3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional				0,10			
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II y III con categoría de riesgo medio o alto	Riesgo fiscal y financiero				0,05		
	5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)				0,05		
	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				0,05		
			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					0,05	
			Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS						
	9	Nivel I, II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudos				0,05		
	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				0,05		



**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN
FONSECA LA GUAJIRA
INFORME DE GESTION GERENCIAL 2.017**

Código: D-01.10

Fecha: 22/12/2016

Página 63 de 64

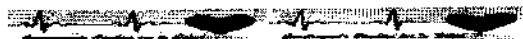
Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k*l
	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 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				0,05	
Gestión Clínica	21	Nivel I	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación				0,08	
	22	Nivel I	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE				0,08	
	23	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva				0,07	
	24	Nivel I	Evaluación de aplicación de Guía de manejo de crecimiento y desarrollo				0,06	
	25	Nivel I	Proporción de reintegro de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas				0,05	
	26	Nivel I	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general				0,06	





Anexo No. 5
Escala de resultados

Rango calificación (0,0-5,0)	Criterio	Cumplimiento del Plan de Gestión
Puntaje total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	Menor al 70%
Puntaje total entre 3,50 y 5,0	Satisfactoria	Igual o superior al 70%



**EL ASESOR CONTABLE Y FINANCIERO EXTERNO DE LA E.S.E. HOSPITAL
SAN AGUSTIN DEL MUNICIPIO DE FONSECA - LA GUAJIRA**

Una vez revisado los documentos contables que reposan en la entidad se

CERTIFICA QUE:

Revisados los Archivos Contables de la Empresa Social del Estado Hospital San Agustín del municipio de Fonseca – La Guajira se pudo determinar que durante la vigencia fiscal 2017 durante la vigencia fiscal 2017 hubo una variación interanual de **34.965.078** en los Pasivos de Deuda de Personal. Como se puede constatar en la ficha Técnica del Aplicativo 2193 de 2.004

PASIVOS (pesos corrientes)			
Variable	2016	2017	
...SERVICIOS PERSONALES	553.979.014	588.944.092	

La anterior Certificación se expide con el objeto que sirva de soporte del indicador 7 de la Resolución 0000408 de 2.018

Para mayor constancia se firma a los 22 días del mes de Marzo de 2018, en Fonseca - La Guajira.


EMERY JOHANA RIVEIRA BARRIOS
 T.P. No 171669-T
 Asesor Contable y Financiero Externo
 E.S.E. Hospital San Agustín

¡Competente y Eficiente!
www.hospitalsanagustin.org
cartera@hospitalsanagustin.org – hospisana@hospitalsanagustin.org
 Calle 15 No. 21 – 31 Tél. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299

**EL ASESOR CONTABLE Y FINANCIERO EXTERNO DE LA E.S.E. HOSPITAL
SAN AGUSTIN DEL MUNICIPIO DE FONSECA - LA GUAJIRA**

Una vez revisado los documentos contables que reposan en la entidad se

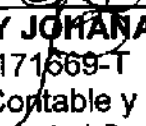
CERTIFICA QUE:

Revisados los Archivos Contables de la Empresa Social del Estado Hospital San Agustín del municipio de Fonseca – La Guajira se pudo determinar qué durante la vigencia fiscal 2017; No se realizaron Compras de medicamentos y material medicoquirúrgico 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.

La anterior Certificación se expide con el objeto que sirva de soporte del indicador 6 de la Resolución 0000408 de 2.018

Para mayor constancia se firma a los 22 días del mes de Marzo de 2018, en Fonseca - La Guajira.



EMERY JOHANA RIVEIRA BARRIOS
T.P. No 171669-T
Asesor Contable y Financiero Externo
E.S.E. Hospital San Agustín

¡Competente y Eficiente!
www.hospitalsanagustin.org
cartera@hospitalsanagustin.org – hospisana@hospitalsanagustin.org
Calle 15 No. 21 – 31 Tél. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299

EL SUSCRITO ASESOR DE CONTROL INTERNO DE LA ESE. HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA – LA GUAJIRA

CERTIFICA QUE:

Durante el año 2017, se realizó la ejecución del plan de desarrollo 2017-2020, **“Construyendo Cambios por tu Salud”** siguiendo las ocho líneas estratégicas que lo constituyen, proyectos, acciones, metas correspondientes al periodo y la ponderación que de acuerdo a la misión del Hospital como Empresa Social del estado se asignó para cada línea.

Como instrumento de ejecución se tuvo el Plan Acción 2017, desde el cual se realizó la planeación, el seguimiento, los ajustes y la evaluación como lo establece la normatividad y el proceso de direccionamiento estratégico institucional. Con base al seguimiento trimestral y la evaluación al 31 de diciembre el cumplimiento fue del 90% 20 metas programadas, 18 cumplidas

Lo que permite obtener para el indicador No 3, numero de metas del Plan Operativo Anual cumplidos / número de metas del Plan Operativo Anual programadas, una calificación de 5.

La anterior Certificación se expide con el objeto que sirva de soporte del indicador 6 de la Resolución 0000408 de 2.018

Dado en Fonseca a los 22 días del mes de Marzo de 2.018



TADER JOSÉ PEREZ ROMERO

Jefe de Control Interno ESE

EL SUSCRITO EMFERMERO DEL AREA ASISTENCIAL DE LA ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA – LA GUAJIRA.

CERTIFICA:

Que la **ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA – LA GUAJIRA**, en el periodo comprendido entre Enero 1 y Diciembre 31 de 2.017, de una muestra aleatoria de 70 Historias Clínicas de pacientes menores de 10 años de edad atendidos en el programa de Crecimiento y desarrollo de la ESE, a 65 se les ha aplicado en forma estricta la Guía de atención temprana de las alteraciones de Crecimiento y desarrollo.

El Resultado de este indicador es 92.85%

La anterior Certificación se expide con el objeto que sirva de soporte del indicador 24 de la Resolución 0000408 de 2.018

Dado en Fonseca a los 22 días del mes de Marzo de 2.018



NAYIDEIAS CUESTAS SOLANO

Coordinador Comité Historias Clínicas

E.S.E. Hospital San Agustín

Fonseca – La Guajira

iCompetente y Eficiente!

www.hospitalsanagustin.org

cartera@hospitalsanagustin.org – hospiana@hospitalsanagustin.org

Calle 15 No. 21 – 31 Tél. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299

EL SUSCRITO EMFERMERO DEL AREA ASISTENCIAL DE LA ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA – LA GUAJIRA.

CERTIFICA:

Que la **ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA – LA GUAJIRA**, en el periodo comprendido entre Enero 1 y Diciembre 31 de 2.017, se les realizó la valoración médica y se inscribieron al programa de Control Prenatal antes de la semana 12 de Gestación a 73 de las 85 Mujeres Gestantes identificadas. Datos Consignados en el Informe anual del Comité de Historias Clínicas de la Institución.

El Resultado de este indicador es **85.88%**

La anterior Certificación se expide con el objeto que sirva de soporte del indicador 21 de la Resolución 0000408 de 2.018

Dado en Fonseca a los 22 días del mes de Marzo de 2.018



NAYID ELÍAS CUESTAS SOLANO

Coordinador Comité Historias Clínicas

E.S.E. Hospital San Agustín

Fonseca – La Guajira

¡Competente y Eficiente!

www.hospitalsanagustin.org

cartera@hospitalsanagustin.org – hospisana@hospitalsanagustin.org

Calle 15 No. 21 – 31 Tél. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299

EL SUSCRITO EMFERMERO DEL AREA ASISTENCIAL DE LA ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA – LA GUAJIRA.

CERTIFICA:

Que la **ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA – LA GUAJIRA**, en el periodo comprendido entre Enero 1 y Diciembre 31 de 2.017, de una muestra aleatoria de 50 Historias Clínicas de pacientes diagnosticadas con Hipertensión Arterial atendidos en la ESE, a 49 Historias Clínicas se les ha aplicado en forma estricta la Guía de atención de enfermedad Hipertensiva. Datos Consignados en el Informe anual del Comité de Historias Clínicas de la Institución.

El Resultado de este indicador es 98%

La anterior Certificación se expide con el objeto que sirva de soporte del indicador 23 de la Resolución 0000408 de 2.018

Dado en Fonseca a los 22 días del mes de Marzo de 2.018



NAYID ELÍAS CUESTAS SOLANO

Coordinador Comité Historias Clínicas

E.S.E. Hospital San Agustín

Fonseca – La Guajira

¡Competente y Eficiente!

www.hospitalsanagustin.org

cartera@hospitalsanagustin.org – hospiana@hospitalsanagustin.org

Calle 15 No. 21 – 31 Tél. (095) 7756084 – 7756083 – 7756299



**Construyendo
CAMBIO**
Para la Paz

**ALCALDIA MUNICIPAL
DE FONSECA**

**LA SUSCRITA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE
FONSECA - LA GUAJIRA**

CERTIFICA

Que según la información validada por la Secretaria en el sivegila y el COVE municipal no existe caso de incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la E.S.E Hospital San Agustín durante la vigencia 2017.

Lo anterior se expide con fines de que sea soportada de la valuación de la Gerente de la E.S.E en su indicador de plan de gestión según la resolución 000408 de febrero 15 de 2018.

Para constancia se firma en Fonseca - La Guajira a los veintisiete (27) días del mes de Marzo de 2018.

ETHEL CAROLINA GARCIA SOLANO
Secretario de Desarrollo Social (Salud y educación)

NOTIFICACION PERSONAL

En Fonseca, a los dieciocho (18) días de Abril de dos mil dieciocho (2018), en la Sala de Juntas de la ESE nos reunimos la Dra. **LIRIA ROCIO GARCIA PEÑARANDA**, Gerente de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca y la suscrita **KAIRA ROSA AMAYA MOLINA**, Representante del Estamento científico ante la Junta Directiva y Secretario Ad-Hoc para el presente, con el fin de notificarle el contenido del acuerdo No 002 de fecha 18 de Abril de 2.018, emanado de la Junta Directiva, por medio del cual se evalúa el cumplimiento del Plan de Gestión de la Gerente de la Hospital San Agustín de Fonseca, para el periodo comprendido entre el 1° de Enero al 31 de Diciembre de 2.017, para lo cual se hace entrega de una copia, y se le indica que contra el mismo procede el recurso de reposición ante la misma Junta Directiva, dentro del término de diez (10) días hábiles siguientes a esta notificación; quien una vez enterada y notificada manifiesta que no es su deseo interponer recurso alguno y que renuncia al término de ejecutoria en este mismo acto.

QUIEN NOTIFICA:

Kaira Amaya
KAIRA ROSA AMAYA MOLINA
Secretario Ad-Hoc
Integrante Junta Directiva ESE Hospital San Agustín de Fonseca

LA NOTIFICADA:

Liria Rocio Garcia Peñaranda
Dra. LIRIA ROCIO GARCIA PEÑARANDA
Gerente
ESE Hospital San Agustín de Fonseca

¡Construyendo Cambios para tu salud!

Calle 15 No. 21 - 31 Tl. (095) 7756084 - 7756083 - 7756299