

EVALUACION PLAN DE GESTION



"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

DOC

TRIMESTRE II DE 2019
JAVIER MAURICIO BAHAMON SALAS
Gerente

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

JUSTIFICACIÓN

Mediante el presente, en cumplimiento de nuestras funciones de asesoría, acompañamiento y seguimiento del proceso de implementación del **PLAN DE GESTION Y PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**, me permito hacer entrega del Informe correspondiente al periodo en referencia.

Enfocado en las Resoluciones 710 del 30 Marzo del 2012, 743 de Marzo de 2013, y 408 de Febrero de 2018 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección social, quienes establecen las condiciones y metodología para el cumplimiento del PLAN DE GESTION, por parte de los Gerentes y directores de las Empresas Sociales del Estado, del orden territorial, así como su evaluación por parte de la Junta directiva.

OBJETIVO

Presentar a la alta Gerencia los resultados del desempeño de cada Indicador del PLAN DE GESTIÓN DE LA ESE.HDSAP, durante el Periodo comprendido entre enero a Junio de 2019 (Resol. 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018)

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

CONTENIDO DEL INFORME

TRIMESTRE I DE 2018

AREA DE DIRECCION Y GERENCIA (20%)
Indicadores 1 al 3
AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)
Indicadores 4 al 11
AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL (40%)
Indicadores 12 al 20

ASPECTOS A DESARROLLAR EN EL INFORME DE GESTION

El desarrollo del informe se basará en el plan de gestión presentado por el gerente, Dr. **JAVIER MAURICIO BAHAMON SALAS** fundamentados principalmente en las metas fijadas para la vigencia de 2018 para cada uno de los indicadores reflejados en las 3 áreas de gestión establecidas en la Resolución No 408 de 2018 por la cual se modificó la Resolución 743 de 2013 mediante la cual se establecieron los criterios para formular los planes de gestión de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado así:

- I. **ÁREA DE GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA**
- II. **ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**
- III. **ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL**

AREA DE GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA (20%)	
INDICADOR No 1	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR
FORMULA	<i>Promedio de calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/promedio de calificación de autoevaluación en la vigencia anterior.</i>
ESTANDAR EXIGIDO	≥ 1,20 – acreditación en la vigencia evaluada
FUENTE INFORMACION	<i>Documento de autoevaluación</i>

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

ANÁLISIS

Frente a este indicador se pretende lograr el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, evidenciado en la valoración progresiva de la calificación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación.

Se deben ejecutar diversas revisiones y actividades para la consolidación y resultado final de AUTOEVALUACION para la vigencia, posteriormente se debe trabajar en la consolidación de los Planes de Mejora resultado de la Autoevaluación. Para programar el nuevo cierre de Ciclo, y realizar una nueva Autoevaluación que corresponda a la vigencia 2019, en el proceso de Preparación para la Acreditación del Hospital conforme a la Resolución 123 de 2012. Evaluación programada para ejecución en el mes de Octubre- Noviembre de 2019

AREA DE GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA (20%)	
INDICADOR No 2	EFFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD
FORMULA	<i>Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC</i>
ESTANDAR EXIGIDO	≥ 0,90
FUENTE INFORMACION	<i>Certificado de la Oficina de Calidad u Oficina de Control Interno sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo, implementados con enfoque en acreditación.</i>

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

ANÁLISIS

Para la vigencia 2019, el equipo de calidad se encuentra en proceso de seguimiento del cronograma PAMEC vigencia 2019 de acuerdo al resultado de los planes de mejora productos de la autoevaluación ejecutada en la vigencia 2018.

Como producto de los ciclos de autoevaluación de estándares de acreditación y priorización de oportunidades de mejoramientos realizados por la Institución, se obtienen las acciones de mejoramiento para cumplir así:

TOTAL ACCIONES PROGRAMADAS	68
ACCIONES EJECUTAADAS	21
ACCIONES EN EJECUCION	26
ACCIONES NO INICIADAS	21
% AVANCE PAMEC 2019	31%

A corte Julio de 2019 el PAMEC INSTITUCIONAL presenta un avance del 31% de ejecución tal como se puede evidenciar en el cuadro anterior.

AREA DE GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA (20%)	
INDICADOR No 3	GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
FORMULA	<i>Número de metas del plan operativo anual cumplidas/número de metas del plan operativo anual programadas</i>
ESTANDAR EXIGIDO	≥ 0,90
RESULTADO	50/87= 57%
FUENTE INFORMACION	<i>Informe del responsable de planeación de la ESE</i>

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

ANÁLISIS

El Plan de Acción o Plan Operativo Anual se construyó y aprobó mediante Resolución No 048 de Enero de 2019, dicho Plan estipula la ejecución de 87 metas en la vigencia 2019, actualmente se encuentra en fase de ejecución, de las 87 metas programadas actualmente 50 metas cumplieron con el avance respectivo que se estipulo en el cronograma, 6 de ellas ya se ejecutaron totalmente y las restantes están en fase de inicio y/o ejecución. A corte Julio de 2019 se presenta un porcentaje parcial de avance del 57%.

AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	
INDICADOR No 4	RIESGO FISCAL Y FINANCIERO
FORMULA	<i>Adopción del programa de saneamiento Fiscal y Financiero</i>
ESTANDAR EXIGIDO	<i>Adopción del programa de saneamiento Fiscal y Financiero</i>
RESULTADO 	SIN RIESGO FISCAL Y FINANCIERO
FUENTE INFORMACION	<i>Acto administrativo mediante el cual se adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero de la ESE categorizadas con riesgo medio o alto.</i>

TRIMESTRE I DE 2019

<u>J</u>	Superávit o Déficit de la Operación No Corriente	<u>D</u>	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención	9.286.958.046	9.286.958.046
		<u>I</u>	Pasivos adquiridos en vigencias anteriores	0	
<u>K</u>	Superávit o Déficit Operacional Total	<u>C</u>	Superávit o déficit de la operación corriente	-1.697.225.555	7.589.732.491
		<u>J</u>	Superávit o déficit de la operación no corriente	9.286.958.046	
<u>L</u>	Ingresos Operacionales Totales	<u>A</u>	Ingresos operacionales corrientes recaudados + estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada	9.026.675.216	18.313.633.262
		<u>D</u>	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada	9.286.958.046	
<u>M</u>	Índice de Riesgo	<u>K</u>	Superávit o Déficit Operacional Total	7.589.732.491	0,414
		<u>L</u>	Ingresos Operacionales Totales	18.313.633.262	

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

<u>N</u>	Superávit o Déficit Presupuestal	<u>N1</u>	Total Ingresos Reconocidos		12.660.254.871	1.817.355.100
		<u>N2</u>	Total Gastos Comprometidos		10.842.899.771	
<u>O</u>	Categorización del riesgo mediante Resolución 2247 de 2018			De acuerdo con el numeral 4.1 del artículo 4 de la Resolución 2247 de 2018, las ESE categorizadas en Riesgo Medio o Alto mediante la Resolución 2247 de 2018, continúa con igual categorización y deberán ejecutar los PSFF viabilizados, desarrollar las acci		Sin riesgo
<u>P</u>	Tiene Información consolidada, validada y presentada por la Dirección Territorial?	<u>P1</u>	SI	Fuente: Reporte de información anual 2019. Reportada, consolidada, validada y presentada a través de SIHO.		SI
		<u>P2</u>	NO			
<u>Q</u>	CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO - Resolución 2090 del 29 de Mayo de 2014-	<u>Q</u>	Categorización del riesgo mediante Resolución 2247 de 2018	Numeral 4.1 del Artículo 4 de la Resolución 2247 de 2018	Anexo Técnico 1	
		<u>P2</u>	Riesgo Alto (Sin reporte de información)	Numeral 4.2 del Artículo 4 de la Resolución 2247 de 2018	Anexo Técnico 2	
		<u>M</u>	Sin riesgo	Numeral 4.3 del Artículo 4 de la Resolución 2247 de 2018	Anexo Técnico 3	
		<u>M</u>	Riesgo bajo			
		<u>M</u>	Riesgo medio			
		<u>M</u>	Riesgo Alto			
<u>N</u>	Riesgo Alto (Déficit Presupuestal)					


TRIMESTRE II DE 2019

<u>J</u>	Superávit o Déficit de la Operación Corriente	<u>D</u>	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención		9.092.299.896	9.438.224.398
		<u>I</u>	Pasivos adquiridos en vigencias anteriores		-345.924.502	
<u>K</u>	Superávit o Déficit Operacional Total	<u>C</u>	Superávit o déficit de la operación corriente		-6.765.562.373	2.672.662.025
		<u>J</u>	Superávit o déficit de la operación no corriente		9.438.224.398	
<u>L</u>	Ingresos Operacionales Totales	<u>A</u>	Ingresos operacionales corrientes recaudados + estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada		12.377.965.860	21.470.265.756
		<u>D</u>	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada		9.092.299.896	
<u>M</u>	Índice de Riesgo	<u>K</u>	Superávit o Déficit Operacional Total		2.672.662.025	0,124
		<u>L</u>	Ingresos Operacionales Totales		21.470.265.756	
<u>N</u>	Superávit o Déficit Presupuestal	<u>N1</u>	Total Ingresos Reconocidos		22.174.584.923	3.997.296.673
		<u>N2</u>	Total Gastos Comprometidos		18.177.288.250	
<u>O</u>	Categorización del riesgo mediante Resolución 1877 de 2013, modificada por la Resolución 3467 del mismo año.			De acuerdo con el numeral 4.1 del artículo 4 de la Resolución 2090 de 2014, las ESE categorizadas en Riesgo Medio o Alto mediante la Resolución 1877 de 2013, continúa con igual categorización y deberán ejecutar los PSFF viabilizados, desarrollar las acci		Sin riesgo

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

ANÁLISIS

Para determinar el índice de riesgo de la Institución en el trimestre I y II de la vigencia 2019, es necesario tener en cuenta fundamentalmente los indicadores que se reflejan a continuación, para de esta manera llegar a establecer el riesgo de la Institución. Una vez fue aplicada cada una de estas fórmulas se pudo determinar que la ESE Hospital San Antonio de Padua, es una Institución categorizada en el trimestre II de 2019 SIN RIESGO FISCAL, razón por la cual la ESE no adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero.

AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	
INDICADOR No 5	EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA
FORMULA	<i>((Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el año objeto de evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior – en valores constantes del año objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior))</i>
ESTANDAR EXIGIDO	<i>< 090</i>
RESULTADO 	<i>1,01</i>
FUENTE INFORMACION	<i>Ficha técnica de página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.</i>

ANÁLISIS:

El resultado de este indicador fue hallado aplicando la fórmula definida en la resolución 743 de 2013, teniendo en cuenta que se requiere analizar cuánto vale cada unidad producida, comprobando si aumento el valor o disminuyó con respecto a la vigencia anterior.

Para determinar las UVR se debe aplicar:

1. Se selecciona el nivel de atención correspondiente de la institución de análisis.
2. A los servicios que se producen (pastos, cirugías, exámenes de laboratorio etc) se les asigna un valor ponderado para convertirlas luego en una sola unidad que nos da de multiplicar las cantidades producidas por la ponderación asignada y éste es la cantidad de UVR producidas por la Institución.
3. Dependiendo el nivel de atención de la institución, se definirá los ponderadores de los servicios (entre mayor el nivel de atención mayor su ponderación. Correspondiente al trimestre II de 2019 el resultado obtenido

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

es 1.01 valor que nos ubica con una calificación de 1 de acuerdo al rango establecido.

TRIMESTRE I DE 2019

Aplicativo para calcular variación de la Unidad de Valor Relativa total									
Nivel de atención de la IPS a analizar		2							
Concepto	Ponderación UVR	Nivel de atención		Producción por año			UVR por año		
		1	2	t-1 (VIGENCIA 2018)	t (VIGENCIA 2019)	Δ % producción	t-1 (2018)	t (2019)	Δ % UVR por servicio
Dosis de biológico aplicadas	0,15						-		
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	0,75						-	-	
Citologías cervicovaginales tomadas	2,00						-	-	
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal -	0,75						-	-	
Número de visitas domiciliarias e institucionales -PIC-	2,37						-	-	
Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	1,82						-	-	
Consultas de medicina general electivas realizadas	1,82			23	23	-	41,9	41,9	-
Consultas de medicina general urgentes realizadas	5,27			8.772	9.199	4,9	46.228,4	48.478,7	4,9
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	7,53			1.527	1.930	26,4	11.498,3	14.532,9	26,4
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	2,60			8.355	8.776	5,0	21.723,0	22.817,6	5,0
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	1,82						-	-	
Sellantes aplicados	1,06						-	-	
Superficies obturadas (cualquier material)	1,06						-	-	
Exodoncias (cualquier tipo)	2,10						-	-	
Partos vaginales	65,00			299	246	-17,7	19.435,0	15.990,0	-17,7
Partos por cesárea	77,50			156	157	0,6	12.090,0	12.167,5	0,6
Total de días estancia de los egresos	10,74	11,64		6.252	5.682	-9,1	72.773,3	66.138,5	-9,1
Días estancia Cuidados Intermedios	51,33						-	-	
Días estancia Cuidados Intensivos	108,55						-	-	
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	82,00	138,00		1.495	1.556	4,1	206.444,6	214.868,0	4,1
Cirugías grupos 2-6	49,00						-	-	
Cirugías grupos 7-10	115,00						-	-	
Cirugías grupos 11-13	161,17						-	-	
Cirugías grupos 20-23	363,03						-	-	
Exámenes de laboratorio	1,98	3,10		29.814	31.481	5,6	92.423,4	97.591,1	5,6
Número de imágenes diagnósticas tomadas	4,73	6,51		7.584	5.767	-24,0	49.371,8	37.543,2	-24,0
							532.029,7	530.169,4	-0,3
							UVR 2018 VIGENCIA	UVR 2019 VIGENCIA	

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

TRIMESTRE II DE 2019

Aplicativo para calcular variación de la Unidad de Valor Relativa total									
Nivel de atención de la IPS a analizar		2		TRIMESTRE II DE 2019					
Concepto	Ponderación UVR	Nivel de atención		Producción por año		Δ % producción	UVR por año		Δ % UVR por servicio
		1	2	t-1 (VIGENCIA 2018)	t (VIGENCIA 2019)		t-1 (2018)	t (2019)	
Dosis de biológico aplicadas	0,15						-		
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	0,75						-		
Citologías cervicovaginales tomadas	2,00						-		
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y	0,75						-		
Número de visitas domiciliarias e institucionales -PIC-	2,37						-		
Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	1,82						-		
Consultas de medicina general electivas realizadas	1,82			50	39	-22,0	91,0	71,0	-22,0
Consultas de medicina general urgentes realizadas	5,27			17.937	18.837	5,0	94.528,0	99.271,0	5,0
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	7,53			3.116	3.953	26,9	23.463,5	29.766,1	26,9
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	2,60			14.985	17.158	14,5	38.961,0	44.610,8	14,5
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	1,82						-		
Sellantes aplicados	1,06						-		
Superficies obturadas (cualquier material)	1,06						-		
Exodoncias (cualquier tipo)	2,10						-		
Partos vaginales	65,00			616	472	-23,4	40.040,0	30.680,0	-23,4
Partos por cesárea	77,50			285	333	16,8	22.087,5	25.807,5	16,8
Total de días estancia de los egresos	10,74	11,64		11.839	12.459	5,2	137.806,0	145.022,8	5,2
Días estancia Cuidados Intermedios	51,33						-		
Días estancia Cuidados Intensivos	108,55						-		
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	82,00	138,09		2.827	3.107	9,9	390.380,4	429.045,6	9,9
Cirugías grupos 2-6	49,00						-		
Cirugías grupos 7-10	115,00						-		
Cirugías grupos 11-13	161,17						-		
Cirugías grupos 20-23	363,03						-		
Exámenes de laboratorio	1,98	3,10		63.066	63.684	1,0	195.504,6	197.420,4	1,0
Número de imágenes diagnósticas tomadas	4,73	6,51		13.984	11.827	-15,4	91.035,8	76.993,8	-15,4
							1.033.897,8	1.078.688,9	4,3
							UVR 2018 VIGENCIA	UVR 2019 VIGENCIA	

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

TRIMESTRE I DE 2019

EVOLUCION DEL GASTO POR UVR PRODUCIDA							
VIGENCIA	VALOR COMPROMISOS		VALOR TOTAL	NUMERO UVR	VALOR DE UVR	INDICADOR	CALIFICACION
	FUNCIONAMIENTO	GASTO OPERACIONAL	EJECUCION				
2018 A MARZO	4.893.851.193,00	4.128.277.468,00	9.311.738.991,02	532.030	17.502,29		
2019 A MARZO	5.666.136.127,00	5.176.763.644,00	10.842.899.771,00	530.169	20.451,77	1,17	0
FACTOR DE CONVERSION	9.022.128.661,00						
IPC A MARZO 2019	3,21						
	9.311.738.991,02						
CALIFICACION A LA FECHA							
MENOR 0,9	5						
0,90 - 0,99	3						
1,00 - 1,10	1						
MAYOR 1,10	0						

TRIMESTRE II DE 2019

EVOLUCION DEL GASTO POR UVR PRODUCIDA							
VIGENCIA	VALOR COMPROMISOS		VALOR TOTAL	NUMERO UVR	VALOR DE UVR	INDICADOR	CALIFICACION
	FUNCIONAMIENTO	GASTO OPERACIONAL	EJECUCION				
2018 A JUNIO	9.910.248.382,00	2.640.953.193,00	12.981.707.789,02	1.033.898	12.556,08		
2019 A JUNIO	10.562.970.551,00	3.127.615.972,00	13.690.586.523,00	1.078.689	12.691,88	1,01	1
FACTOR DE CONVERSION	12.551.201.575,00						
IPC A JUNIO 2019	3,43						
	12.981.707.789,02						
CALIFICACION A LA FECHA							
MENOR 0,9	5						
0,90 - 0,99	3						
1,00 - 1,10	1						
MAYOR 1,10	0						

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	
INDICADOR No 6	PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS.
FORMULA	<i>Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de ESE, c) compras a través de mecanismos electrónicos / valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico – quirúrgico.</i>
ESTANDAR EXIGIDO	<i>< 0,70</i>
RESULTADO →	<i>0</i>
FUENTE INFORMACION	<i>Informe del responsable del área de compras firmado por el revisor fiscal</i>

ANÁLISIS

En cuanto a los medicamentos y material médico quirúrgico obtenido por compras a través de cooperativas, es de recordar que en el Huila no existen Cooperativas de Hospitales por esa razón en la vigencia 2019 no se realizaran compras de acuerdo a lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	
INDICADOR No 7	MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.
FORMULA	<i>A. valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o internalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B. ((valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de internalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación,)-(valor de la deuda superior a 30 días por concepto</i>

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

	<i>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)) 0 -0 = 0.</i>
ESTANDAR EXIGIDO	Cero o Variación Negativa.
FUENTE INFORMACION	<i>Certificación del revisor fiscal.</i>

ANÁLISIS


Los resultados de este indicador nos están demostrando que la Institución no tiene deudas superiores a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o internalización de servicios, con corte a 30 de Junio o de la vigencia objeto de evaluación, siendo esta aseveración certificada por la contadora de la Institucion, tal como lo establece la Resolución 743 de 2013.

AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	
INDICADOR No 8	UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS
FORMULA	<i>Número de informes del análisis de la presentación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia.</i>
ESTANDAR EXIGIDO	4 Informes
RESULTADO	2
FUENTE INFORMACION	<i>Informe del responsable de planeación de la ESE Actas de Junta Directiva</i>

ANÁLISIS

El informe de RIPS correspondiente al Trimestre I y II se presentó de manera oportuna a la junta directiva tal como lo requiere el indicador.

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	
INDICADOR No 9	RESULTADO DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO
FORMULA	<i>Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de cuentas por cobrar de vigencias anteriores) /valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores.</i>
ESTANDAR EXIGIDO	≥ 1,00
RESULTADO 	0,59
FUENTE INFORMACION	<i>Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social</i>

TRIMESTRE I DE 2019

RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO			
		RESULTADO	CALIFICACION
VALOR RECAUDOS A MARZO VIG 2019	6.406.354.558,00		
		0,590834066	0
VALOR COMPROMISOS A MARZO VIG 2019	10.842.899.771,00		
CALIFICACION A LA FECHA			
MAYOR IGUAL A 1 UNO	5		
0,91 Y 0,099	3		
0,80 Y 0,90	1		
MENOR 0,80	0		

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

TRIMESTRE II DE 2019

RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO			
		RESULTADO	CALIFICACION
VALOR RECAUDOS A JUNIO VIG 2019	12.525.125.861,00		
		0,689053597	0
VALOR COMPROMISOS A JUNIO VIG 2019	18.177.288.250,00		
CALIFICACION A LA FECHA			
MAYOR IGUAL A 1 UNO	5		
0,91 Y 0,099	3		
0,80 Y 0,90	1		
MENOR 0,80	0		

ANÁLISIS

Para el trimestre II de 2019 no se alcanzó la meta de equilibrio que debe ser mayor o igual a uno, obteniendo 0,68 con calificación 0 para este lapso de tiempo del año en curso, no obstante se presentó una mejoría frente al trimestre I de 2019 pasamos de 0,59 a 0,68.

AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	
INDICADOR No 10	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA
FORMULA	<i>Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente</i>
ESTANDAR EXIGIDO	<i>Cumplimiento dentro de los términos provistos</i>
FUENTE INFORMACION	<i>Certificación de la Superintendencia Nacional de Salud</i>

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

ANÁLISIS

La ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua, realiza entrega de los informes correspondientes a la Circular Única de manera oportuna:

Formulario ST002 APLICACIÓN DEL PAMEC : Cargado el día 14 de Febrero de 2019

Cargar Archivos

Historial

Vigencia	Periodo
2018	80

Resultado Carga

Archivo: 8911801177802018ST002.txt.p7z
Estado de Envío: Cargado
Fecha: 14/02/2019 11:36:37 a. m.

Seleccionar Archivos

GT003

Seleccione el archivo...

Validar

ST002

8911801177802018ST002.txt.p7z

Validar

Formulario FT002 PUBLICACION ESTADOS FINANCIEROS: cargado el día 10 de Abril de 2019

Av Ciudad de Cali 51-66 Bogotá, World Business Center Sede Administrativa Piso 6-7
Centro de Atención al Ciudadano y
Recibo de Correspondencia Local 10
Bogotá, Colombia
PBX: (57-1) 4817000
Línea Gratuita Nacional 018000513700
Línea Call Center: (57) (1) 4837000, fax (57) (1) 4817000 opción 4
Copyright © 2019 - Superintendencia Nacional de Salud 2015

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

Dirección: Carrera 2 E No. 11-17 / Telefax: 8370170 - La Plata Huila
Página Web: www.esesanantoniodepadua.gov.co

Formulario FT004 CUENTAS POR PAGAR: TRIMESTRE I: cargado el día 20 de Abril de 2019

The screenshot shows the RVCC web application interface. At the top, there is a navigation bar with the following items: RVCC, Datos Generales, Validar Archivo, Cargar Archivo, Programación, 891180117, and Cerrar Sesión. Below this is a header for "ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA - 891180117". The main section is titled "Cargar Archivos" and includes a "Historial" button. A table displays the following data:

Vigencia	Periodo
2019	40

Below the table, the "Resultado Carga" section shows:

- Archivo: 8911801177402019FT004.xml.p7z
- Estado de Envío: Cargado
- Fecha: 20/04/2019 11:11:12 p. m.

The "Seleccionar Archivos" section contains a table with one entry:

FT004	8911801177402019FT004.xml	Validar

TRIMESTRE II: cargado el día 17 de Julio de 2019

The screenshot shows the RVCC web application interface for Trimestre II. The navigation bar and header are identical to the previous screenshot. The "Cargar Archivos" section shows a table with the following data:

Vigencia	Periodo
2019	41

The "Resultado Carga" section shows:

- Archivo: 8911801177412019FT004.xml.p7z
- Estado de Envío: Cargado
- Fecha: 19/07/2019 11:40:23 a. m.

The "Seleccionar Archivos" section contains a table with one entry:

FT004	8911801177412019FT004.xml	Validar

At the bottom of the screenshot, the Windows taskbar is visible, showing the system clock as 11:49 a.m. on 19/07/2019.

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

Dirección: Carrera 2 E No. 11-17 / Telefax: 8370170 - La Plata Huila
Página Web: www.esesanantoniodepadua.gov.co

FORMULARIO 502 MANTENIMIENTO: Cargado el 17 de Julio de 2019

Usuario Vigilado Representante Legal: 891180117999999999 Cerrar sesión
Entidad: 413960040701 ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

Según circular externa 018 de 2015 la IPS está clasificada en: **Grupo C2**

Más información sobre su clasificación

Cualquier inquietud relacionada con su clasificación escribir al correo: clasificacionIPS@supersalud.gov.co

Inicio > Panel de Administración > Reportes de Envío

Reporte de envíos

[891180117] ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA [17/07/2019 05:52 p.m.]

Filtro del reporte

Circular: CIRCULAR UNICA Id de envío (Opcional):
 Año: 2019 Fecha Inicio (Opcional):
 Período: 41-Segundo Trimestre Fecha Fin (Opcional):

Generar reporte

#	id	NIT	Estado	Extemporaneidad	Periodo De Corte	Año	Fecha	Archivos	Autorización reenvío
1	920546	891180117	CARGADO	No extemporaneo	41-Segundo Trimestre	2019	17/07/2019 05:48:09 p.m.		

Copyright: 2015 - Superintendencia Nacional de Salud 2015

Usuario Vigilado Representante Legal: 891180117999999999 Cerrar sesión
Entidad: 413960040701 ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

Según circular externa 018 de 2015 la IPS está clasificada en: **Grupo C2**

Más información sobre su clasificación

Cualquier inquietud relacionada con su clasificación escribir al correo: clasificacionIPS@supersalud.gov.co

Inicio > Panel de Administración > Cargar Archivos Oficial > Cargar Envío Oficial > Validar Envío Oficial

Envío oficial

Id del envío: 920546

Estado: CARGADO

Fecha y hora de cargue: 17/07/2019 05:48:09 p.m. - Servidor SuperSalud

Archivo: [firmaEstructuraCálculosTransferencia_Estado_8911801177412019502.docx.p7z](#) Estado: CARGADO

Validación de envío

Copyright: 2015 - Superintendencia Nacional de Salud 2015

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	
INDICADOR No 11	OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO DEL 2193/04 O LA NORMA QUE LO SUSTITUYA
FORMULA	<i>Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente</i>
ESTANDAR EXIGIDO	<i>Cumplimiento dentro de los términos provistos</i>
RESULTADO →	
FUENTE INFORMACION	<i>Certificación del Ministerio de Salud y Protección Social.</i>

ANÁLISIS

Los informes exigidos por el Decreto 2193 de 2004 correspondientes al trimestre I y II de 2019, fueron presentados y validados por la Secretaria de Salud Departamental del Huila el día 13 de mayo de 2019 y 05 de Agosto de 2019 respectivamente, dando cumplimiento al reporte del trimestre I de 2019, tal como se puede evidenciar a continuación:

TRIMESTRE I DE 2019

← → ↻ <https://prestadores.minsalud.gov.co/SIHO/vistas/periodosPresentados.aspx?pageTitle=Periodos+Presentados&pageHlp=>

🔍 Buscar 🔍 Buscar 📄 Nuevo 📁 Grabar 🗑 Eliminar 🛠 Ayuda

PERIODOS PRESENTADOS

REPORTE DE ENTREGA TRIMESTRAL A LA SECRETARÍA DEPARTAMENTAL / DISTRITAL

📊 Excel 📄 Word 📄 Texto :

- ❌ Formularios No Entregados
- ⚠ Formularios Devueltos

(1) registros encontrados.

1	Departamento	Municipio	Código Habilitación	Nombre	2019-03	2019-06	2019-09	2019-12
1	Huila	LA PLATA	4139600407	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	2019/05/13 (09:43:32)	❌	❌	❌

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

TRIMESTRE II DE 2019

← → ↻ <https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/vistas/periodosPresentados.aspx?pageTitle=Periodos+Presentados&pageHlp=>

Buscar
 Buscar
 Nuevo
 Grabar
 Eliminar
 Ayuda

PERIODOS PRESENTADOS

REPORTE DE ENTREGA TRIMESTRAL A LA SECRETARÍA DEPARTAMENTAL / DISTRITAL

Excel
 Word
 Texto

Formularios No Entregados

Formularios Devueltos

(1) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Habilitación	Nombre	2019-03	2019-06	2019-09	2019-12
Huila	LA PLATA	4139600407	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	2019/05/13 (09:43:32)	2019/08/05 (15:13:01)		

AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL (40%)

INDICADOR No 12	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES
FORMULA	<i>Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación /total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación.</i>
ESTANDAR EXIGIDO	≥ 0,80
RESULTADO	36/39= 0,92 (92%)
FUENTE INFORMACION	<i>Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE</i>


EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECIFICA PARA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES

<i>Numero de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la Guía de manejo para trastornos hipertensivos en la gestación</i>	<i>Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de trastornos hipertensivos en la gestación.</i>	TOTAL DE ADHERENCIA TRIMESTRE II DE 2019
36	39	92%

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

ANÁLISIS

El cuadro anterior está mostrando que el resultado es satisfactorio en este indicador 0,92% (92%) frente al estándar exigido por la norma que es mayor o igual a 0,80.

AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL (40%)	
INDICADOR No 13	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA.
FORMULA	<i>Número de Historias Clínicas con a la aplicación estricta de la guía de manejo adoptado por la ESE para el Diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia/total de historias clínicas auditadas de pacientes con diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario en la vigencia.</i>
ESTANDAR EXIGIDO	≥ 0,80
RESULTADO 	279/293 = 0,95 (95%)
FUENTE INFORMACION	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE

EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO: PARTOS		
Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario	total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario en la Vigencia	TOTAL DE ADHERENCIA PRIMER TRIMESTRE 2019
279	293	0.95

ANÁLISIS

En cuanto a la evaluación de aplicación de guías de manejo de primera causa de egreso hospitalario de morbilidad atendida, la ESE presentó a 30 de Junio de 2019 un comportamiento satisfactorio logrando superar el estándar, llegando a 0,95%.

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL (40%)	
INDICADOR No 14	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA
FORMULA	<i>Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicectomía dentro de las 6 horas de confirmado el diagnóstico /total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.</i>
ESTANDAR EXIGIDO	≥ 0,90
RESULTADO	221/233 = 0,95 (95%)
FUENTE INFORMACION	<i>Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE - Informe Subgerencia Científica o quien haga sus veces</i>

OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICETOMÍA A ENERO A JUNIO -2019		
Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se Realizó la apendicetomía, dentro de las 6 horas después de confirmado el diagnóstico	Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	RESULTADO
221	233	0,95

ANÁLISIS

En lo relacionado con el indicador anterior se puede afirmar que el indicador reflejó un resultado superior al estándar exigido cumpliendo así con la exigencia plasmada en la resolución que nos ocupa.

AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL (40%)	
INDICADOR No 15	NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRA-HOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL
FORMULA	<i>Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación y</i>

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

	<i>(número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación/número de pacientes pediátricos con neumonías bronco – aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)</i>
ESTANDAR EXIGIDO	= 0 o variación negativa
RESULTADO →	0/0= 0
FUENTE INFORMACION	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE .

ANÁLISIS

En cuanto al número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual se puede observar que el resultado está mostrando que no se presentó ningún caso durante el primer Semestre de la vigencia, razón por la cual el resultado es 0.


AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL (40%)	
INDICADOR No 16	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)
FORMULA	<i>Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico/total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia.</i>
ESTANDAR EXIGIDO	≥ 0,90
RESULTADO →	20/21 = 0,95 (95%)
FUENTE INFORMACION	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE .

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO(IAM)		
número de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico	Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio de enero a Junio de 2019	TOTAL DE ADHERENCIA trimestre II de 2019
20	21	0.95

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

ANÁLISIS

En el indicador No 16 relacionado con la oportunidad en la atención de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM), se observa que de los 21 pacientes con diagnóstico que requirieron el servicio 20 fueron atendidos, dando como resultado 0,95 (95%) de oportunidad.


AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL (40%)	
INDICADOR No 17	ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA
FORMULA	<i>Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo/total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el período</i>
ESTANDAR EXIGIDO	≥ 0,90
RESULTADO 	13/13= 1,00 (100%)
FUENTE INFORMACION	Informe del Comité de Mortalidad Hospitalaria

ANÁLISIS

En cuanto al análisis de la mortalidad intrahospitalaria, el informe del comité de mortalidad hospitalaria está certificando que del número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo (13) /total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el período (13) todos fueron analizado dando como resultado 1 (100%).


AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL (40%)	
INDICADOR No 18	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA PEDIÁTRICA
FORMULA	<i>Sumatoria 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 pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita/ número total de consultas médicas pediátricas.</i>
ESTANDAR EXIGIDO	≤ 5

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

RESULTADO 	16425/3810= 4,31
FUENTE INFORMACION	Superintendencia Nacional de Salud

ANÁLISIS

La oportunidad en la atención de consulta de pediatría es satisfactoria, pues en el trimestre II de 2019 la oportunidad es de 4,31 días lo que indica que se cumplió con el estándar exigido por la norma.


AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL (40%)	
INDICADOR No 19	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA OBSTETRICA
FORMULA	<i>Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita, cita por cualquier medio, para ser atendida en la consulta médica gineco- obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita/ número total de consultas médica gineco obstétricas asignadas en la Institución.</i>
ESTANDAR EXIGIDO	≤ 8
RESULTADO 	7360/1683= 4,4
FUENTE INFORMACION	Superintendencia Nacional de Salud

ANÁLISIS

En cuanto la oportunidad en la atención de obstetricia, la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA logró cumplir con la oportunidad, toda vez la misma es de 4.4 días para el segundo trimestre de la vigencia 2019

AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL (40%)	
INDICADOR No 20	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE MEDICINA INTERNA
FORMULA	<i>Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida</i>

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

	<i>en la consulta de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita/ número total de consultas de medicina interna asignadas en la Institución.</i>
ESTANDAR EXIGIDO	≤ 15
RESULTADO 	22516/2898 = 7,8
FUENTE INFORMACION	<i>Superintendencia Nacional de Salud</i>

La oportunidad en la atención de Medicina interna en el trimestre II de 2019 presenta una oportunidad muy buena, llegando 7,8 días frente al estándar exigido de 15 días.



LORENA AROCA TAMAYO
Asesor Plan de Gestión.

DOCUMENTO CONTROLADO

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"