

INFORME PLAN DE GESTIÓN  
INSTITUCIONAL  
2017. INDICADORES  
RESOLUCION 710 DE 2012,743 de  
2013 Y 408 DE 2018

# HORO



HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUÍA E.S.E

Una Familia Cuidando de ti

“Con paso firme alcanzaremos la salud”



#HospitalRegionaldeLaOrinoquia

**JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA ESE**

**DRA JOHANA VELANDIA SIERRA**  
Presidente de la Junta Directiva Representante del Estamento Administrativo

**DR. MARIA YANETH DELGADO PRECIADO**  
Representante del Estamento Administrativo Secretaria de Salud de Casanare

**DR. ALBERT URIEL GALLEGO MORENO**  
Representante de Sector Científico

**SR. ALVARO ORTIZ CARDONA**  
Representante de la Asociación de Usuarios

**SR. HEGUEL CESAR AUGUSTO GARCIA PEREZ**  
Representante de Los Gremios de la producción

**DR. CARLOS AMAYA JINETE**  
Representante de Profesionales de la Salud del Hospital Regional de la Orinoquia ESE

**DR. RONALD ROA CASTAÑEDA**  
Secretario Técnico de la Junta Directiva

**NIVEL GERENCIAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA ESE**

JEFE ROCIO DEL PILAR NIÑO NOVA  
Subgerente de Prestación de Servicios

DR. CARLOS DARWIN CRISTANCHO  
Subgerente Administrativa y Financiera

JEFE JANETH ATUESTA ATUESTA  
Planeación y Desarrollo Institucional

DRA. IBETH SHIRLEY OVIEDO TORRES  
Control Interno de Gestión

**NIVEL TÁCTICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA ESE**

DR JORGE ANTONIO CUBIDEZ  
Líder de Programa de Urgencias

JEFE LILIANA AGUDELO  
Líder de programa Internación maternidad.

DRA. GICELLAPERTUZ SIERRA  
Coordinador de Programa de Cirugía y Consulta Externa

DR. GERMÁN BARRERA  
Líder de Programa de internación

DR. CARLOS AMAYA JINETE  
Líder de Programa de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

DRA. SANDRA CABRERA  
Participación Social y Comunitaria

DRA. LIDA JUDITH RIAÑO VARGAS  
Jefe Talento Humano

ING. KRISMARQUEZ  
Jefe Apoyo Logístico

SRA. JAINADISMEJIA  
Jefe Almacén y Suministro

## Tabla de contenido

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	1
<b>1. INDICADOR N° 1</b> .....	2
1.1. Anexo 1: Documento de autoevaluación vigencia 2016 y 2017 .....	2
<b>2. INDICADOR N° 2</b> .....	3
2.1. Anexo 2: Reporte PAMEC Superintendencia Nacional de Salud.....	4
<b>3. INDICADOR N° 3</b> .....	5
<b>SEGUIMIENTO METAS PLAN DE ACCION ESTRATEGICO –PLAN DE DESARROLLO VIGENCIA 2017</b> .....	6
3.1. Anexo 3: Informe cumplimiento metas del plan de desarrollo.....	11
<b>4. INDICADOR N° 4</b> .....	12
4.1. Anexo 4: certificación del revisor fiscal del acto administrativo mediante el cual se adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero del Hospital Regional de la Orinoquia.....	12
<b>5. INDICADOR N° 5</b> .....	13
5.1. Anexo 5: Ficha técnica de la página WEB del SIHO del ministerio de la protección social...	13
<b>6. INDICADOR N°6</b> .....	14
6.1. Anexo 6: Certificación suscrita por el revisor fiscal.....	14
<b>7. INDICADOR N°7</b> .....	15
7.1. Anexo 7: Certificación suscrita por el revisor fiscal.....	15
<b>8. INDICADOR N°8</b> .....	16
8.1. Anexo 8: informe de planeación, Análisis de la prestación de los servicios.....	16
<b>9. INDICADOR N° 9</b> .....	17
9.1. Anexo 9: Certificación del revisor fiscal y ficha técnica de la página WEB del SIHO del ministerio de la protección social.....	17
<b>10. INDICADOR N°10</b> .....	18
10.1. Anexo 10: Reporte de la Superintendencia nacional de salud.....	18
<b>11. INDICADOR N°11</b> .....	19
11.1. ANEXO 11: Reporte del ministerio de salud y protección social.....	19
<b>12. INDICADOR N°12</b> .....	20
12.1. Anexo 12: Informe del Comité de historias clínicas de la Evaluación de la guía de manejo para hemorragias del tercer trimestre y trastornos hipertensivos del embarazo.....	20
<b>13. INDICADOR N°13</b> .....	21
13.1. ANEXO 13: Informe del Comité de historias clínicas de la Evaluación de la guía de manejo de atención de parto.....	21
<b>14. INDICADOR N°14</b> .....	22
14.1. Anexo 14 informe de Subgerencia de prestación de servicios de oportunidad en la realización de apendicectomía.....	22
<b>15. INDICADOR N°15</b> .....	23
15.1. Anexo 15: Informe del comité de seguridad del paciente de número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario.....	23
<b>16. INDICADOR N°16</b> .....	24
16.1. Anexo 16: Informe del comité de historias clínicas oportunidad en la atención específica con diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio.....	24
<b>17. INDICADOR N°17</b> .....	25
17.1. Anexo 17: Informe del comité de vigilancia epidemiológica del análisis de mortalidad intrahospitalaria vigencia 2017.....	25
<b>18. INDICADOR N°18</b> .....	26

18.1. Anexo 18: Ficha técnica de la página WEB del SIHO del ministerio de salud y protección social. 26

19. INDICADOR N°19 ..... 27

19.1. Anexo 19: Ficha técnica de la página WEB del SIHO del ministerio de salud y protección social. 27

20. INDICADOR N°20 ..... 28

20.1. Anexo 20: Ficha técnica de la página WEB del SIHO del ministerio de salud y protección social. 28

21. ANEXO 4. MATRIZ DE CALIFICACION INDICADORES PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017. RESOLUCION 408 DE 2018..... 29



## **PRESENTACIÓN**

En cumplimiento a lo establecido en los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018, en relación a la elaboración, presentación y evaluación de los Planes de Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, se desarrolla el presente Informe de Gestión Gerencial a fin de que sirva de base para el proceso evaluativo de la vigencia 2017 por parte de la Junta Directiva.

El informe que a continuación se desarrolla, lo presento como Gerente del Hospital Regional de la Orinoquía E.S.E, entidad de II Nivel de complejidad con un portafolio de servicios aprobado para atender la población asignada de acuerdo a lo definido en el documento REPS, aprobado por la Secretaria de Salud Departamental y el Ministerio de Salud y Protección Social. El documento presenta los resultados que se lograron en la vigencia 2017 gracias al trabajo en equipo de todos los funcionarios de planta y contratistas de la entidad y el direccionamiento de la junta directiva, que han permitido ir mejorando de manera sustancial los procesos que a diario se desarrollan en la entidad.

## 1. INDICADOR N° 1

### MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR

<b>INDICADOR 1</b>	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior				
<b>FÓRMULA</b>	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada /Promedio de la calificación de la auto evaluación en la vigencia anterior				
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>					
En el mes de junio 2017 se da cumplimiento al cronograma de autoevaluación obteniéndose una calificación como se relaciona a continuación :GRUPO DE ESTÁNDARES CALIFICACIÓN Estándares del Proceso de atención del cliente asistencial 2,7 Estándares de direccionamiento 2,7 Estándares de gerencia 2,6 Estándares de gerencia del talento humano 3,3 Estándares de gerencia del ambiente físico 2,8 Estándares de gestión de tecnología 2,6 Estándares de gerencia de la información 2,6 Estándares de mejoramiento de la calidad 2,9 Promedio 2.8					
Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada. Año 2017	2.8				
Promedio de la calificación de la auto evaluación en la vigencia anterior. Año 2016	2.5				
Resultado	1,12				
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
>=1,2	1,14				
<b>RESULTADO PERIODO EVALUADO</b>		1.12			
<b>CALIFICACION</b>		3			

1.1.Anexo 1: Documento de autoevaluación vigencia 2016 y 2017



## 2. INDICADOR N° 2

### EFFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

<b>INDICADOR 2</b>	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.				
<b>FÓRMULA</b>	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora del componente de auditoria registradas en el PAMEC				
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>					
<p>El Plan Anual de Auditoría no solamente incluyó los procesos Misionales , sino que también incluye procesos estratégicos y de apoyo los cuales fueron evaluados sistemáticamente tal como se formuló en el Plan de Auditorías redundando en un mejoramiento integral de los procesos , como lo propone la esencia del mejoramiento del Sistema único de Acreditación en Salud. Como parte de los procesos de mejoramiento continuo de la calidad, el Hospital regional de la Orinoquia, realiza la autoevaluación con enfoque de Acreditación. Durante el año 2017 el hospital recibió la Certificación de calidad ISO 9001:2015.</p>					
Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas				104,00	
Número de Acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora del componente de auditoria registradas en el PAMEC.				109,00	
<b>Resultado</b>				<b>0,95</b>	
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
>=0,90	100				
<b>RESULTADO PERIODO EVALUADO</b>		95%			
<b>CALIFICACION</b>		5			

**CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PAMEC CON ENFOQUE A LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN**

PROCESO	ACCIONES DE MEJORA PROYECTADAS 2017	EJECUTADAS	EN EJECUCIÓN	SIN EJECUTAR	% CUMPLIMIENTO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	4	4	0	0	100%
INVESTIGACIÓN	2	2	0	0	100%
APOYO TERAPÉUTICO	1	1	0	0	100%
GESTIÓN DE LA CALIDAD (mejoram continuo)	5	5	0	0	100%
GESTIÓN DE LA CALIDAD (Ambiental - SST))	10	10	0	0	100%
APOYO DIAGNÓSTICO(LABORATORIO)	6	6	0	0	100%
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	6	5	1	0	83%
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	3	2	1	0	67%
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DM	5	4	0	1	80%
HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO	7	7	0	0	100%
GESTIÓN DEL CONTROL INTERNO	7	7	0	0	100%
GESTIÓN DE LA CALIDAD (Seguridad del paciente-infecciones)	15	15	0	0	100%
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	12	11	1	0	92%
GESTIÓN DE LA CALIDAD (Evaluación integral)	4	4	0	0	100%
CIRUGÍA	2	2	0	0	100%
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	6	6	0	0	100%
INTERNACIÓN	3	2	1	0	67%
DOCENCIA SERVICIO	4	4	0	0	100%
APOYO DIAGNÓSTICO (IMAGENOLOGIA)	4	4	0	0	100%
INVESTIGACIÓN	1	1	0	0	100%
URGENCIAS	2	2	0	0	100%
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>104</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>95%</b>

2.1. Anexo 2: Reporte PAMEC Superintendencia Nacional de Salud.

### 3. INDICADOR N° 3

## GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO

<b>INDICADOR 3</b>	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional			
<b>FÓRMULA</b>	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación/Numero de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.			
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>				
El plan de desarrollo institucional, nace de un diagnostico situacional analizando factores internos y externos que permitieron formular objetivos estratégicos con acciones y metas que definieron el accionar del hospital Aprobado mediante acuerdo 120 de 2016, en el cual se aprueba el plan de gestión gerencial del hospital Yopal ESE "Con paso firme alcanzaremos la salud 2016-2020. Se realizó seguimiento al cumplimiento de las actividades y metas establecidas en el plan estratégico. Igualmente se hicieron los planes de mejoramiento para garantizar su cumplimiento.				
Número de metas del plan operativo anual cumplidas	26			
Numero de metas del plan operativo anual programadas	28			
Resultado	0,93			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>		
		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
		<b>2020</b>		
>=0,90	91,66			
<b>RESULTADO DELPERIODO EVALUADO</b>		93%		
<b>CALIFICACION</b>		5		

**SEGUIMIENTO METAS PLAN DE ACCION ESTRATEGICO –PLAN DE DESARROLLO VIGENCIA 2017**

%PROSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	ACCIÓN ESTRATEGICA	INDICADOR	METAS				RESPONSABLE	SEGUIMIENTO AÑO 2017	% CUMPLIMIENTO	Cumplimiento según resolución 408 de 2018
				2017	2018	2019	2020				
USUARIOS	LOGRAR UN GRADO DE SATISFACCIÓN CONSTANTE DE NUESTROS USUARIOS Y PACIENTES EXTERNOS.	IMPLEMENTAR PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DIRIGIDO A LA COMUNIDAD, SOBRE TEMAS DE FUNCIONAMIENTO Y OPERATIVIDAD DEL SGSSS, Y DEL HOSPITAL DE YOPAL ESE	No. DE CAPACITACIONES REALIZADAS/TOTAL DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS *100	3	3	3	3	ATENCIÓN AL USUARIO	Se realizaron las tres capacitaciones programadas	100 %	si
		MEDICION DE LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS Y/O FAMILIA REFERENTE A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL	No. DE USUARIOS QUE CALIFICAN SATISFACTORIO EL SERVICIO/TOTAL DE USUARIOS ENCUESTADOS *100	70%	75%	75%	75%		Se recibe informe de gestión se encuestaron 8296 usuarios de los cuales 7598 califican satisfactorio el servicio. Promedio de satisfacción del 91.58%	100 %	si
		FOMENTAR LA CALIDEZ HUMANA Y HUMANIZACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN COMO CULTURA INSTITUCIONAL	No. DE FUNCIONARIOS SENSIBILIZADOS/TOTAL FUNCIONARIOS *100	100%	100%	100%	100%		Se entrega informe final de talento humano con un cumplimiento del 100% en las actividades de humanización en el total de funcionarios del hospital.	100 %	si
		GARANTIZAR LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA MEDIANTE LA DISPOSICIÓN DE ESCENARIOS QUE INVOLUCREN A LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS.	No. DE REUNIONES REALIZADAS/TOTAL DE REUNIONES PROGRAMADAS *100	3	3	3	3		Se cumplió con la meta programada de tres capacitaciones.	100 %	si

<p><b>FINANCIERA</b></p> <p>MANTENER EQUILIBRIO FINANCIERO Y SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA, BAJO EL PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL, GARANTIZANDO SE DISPOSICIÓN DE RECURSOS REQUERIDOS OPORTUNOS.</p>	<p>DOCUMENTAR, DESPLEGAR, IMPLEMENTAR Y GARANTIZAR FACTURACIÓN EFICIENTE Y VALIDA</p>	<p>GLOSAS =&lt; 4%</p>	<p>4%</p>	<p>4%</p>	<p>4%</p>	<p>4%</p>	<p>Se presenta informe de glosas con aceptación del 1,61%, cumpliendo con la meta establecida.</p>	<p>100 %</p>	<p>si</p>
	<p>EVALUAR TERCERIZACIONES Y DEFINIR OBJETIVAMENTE ACTUALES BENEFICIOS PARA EL HOSPITAL</p>	<p>DECISIÓN TOMADA CON BASE EN ESTUDIO FAVORABLE FINANCIERAMENTE</p>	<p>SEGUIMIENTO</p>	<p>SEGUIMIENTO</p>	<p>DECISIÓN CONVIENTE</p>	<p>ASUMIR DIRECTAMENTE Y/O CONTINUA</p>	<p>La subgerencia de prestación de servicios Y administrativa presenta un informe de seguimiento de los contratos 019 de 2015 de GYO MEDICAL IPS SAS y el contrato 054 de 2015 de AAA ALIANCE S.A.S.</p>	<p>100 %</p>	<p>si</p>
	<p>GENERAR LINEAMIENTOS DE AUSTRERIDAD, CONTROL Y RACIONALIDAD EN EL GASTO</p>	<p>IMPLEMENTAR LA POLÍTICA DE CERO PAPEL Y PROGRAMA DE LAS "5s"</p>	<p>100% DE POLÍTICA Y PROGRAMA A IMPLEMENTADO</p>	<p>SOSTENIBILIDAD DE LA POLÍTICA Y PROGRAMA</p>	<p>SOSTENIBILIDAD DE LA POLÍTICA Y PROGRAMA</p>	<p>SOSTENIBILIDAD DE LA POLÍTICA Y PROGRAMA</p>	<p>Se documentó e implemento la política de cero papel y programa de las "5s".</p>	<p>100 %</p>	<p>si</p>
	<p>VERIFICAR LOS COSTOS DE PRODUCCIÓN ACORDE A LOS SERVICIOS PRESTADOS</p>	<p>EVALUACIÓN Y RESULTADO</p>	<p>100%</p>	<p>ACCIONES DE MEJORA</p>	<p>ACCIONES DE MEJORA</p>	<p>ACCIONES DE MEJORA</p>	<p>Se evidencia documento de estudio de costos</p>	<p>100 %</p>	<p>si</p>
	<p>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON EL MÍNIMO VALOR ESTABLECIDO EN LOS DIFERENTES NIVELES</p>	<p>AJUSTE DE VALORES MÍNIMOS AL 100% DEL PERSONAL VINCULADO POR CPS</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>Se ajustan valores de los contratos de prestación de servicios, según resolución 650 de 2016 y 572 del 12 de diciembre de 2017.</p>	<p>100 %</p>	<p>si</p>

	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA FINANCIERA	ESTABLECER UN PLAN DE MODERNIZACIÓN EN EL ÁREA FINANCIERA	PLAN CONCEDIDO	PLAN EN EJECUCIÓN	PLAN EN EJECUCIÓN	PLAN EN EJECUCIÓN	Se evidencia documento de plan de modernización del área financiera.	100 %	si		
	ACCIONES EFECTIVAS DE RECAUDO DE CARTERA A LAS EAPB EN PROCESO DE LIQUIDACIÓN	MONTO RECAUDADO/TOTAL A RECAUDAR *100	>=50 %	>=50 %	>=50%	>=50 %	El área financiera entrega informe con cumplimiento del 15% del indicador.	30%	No		
	ACCIONES EFECTIVAS DE RECAUDO DE CARTERA	DIAS DE CARTERA NO MAYOR A SEIS (6) MESES	CARTERA NO MAYOR A SEIS (6) MESES	CARTERA NO MAYOR A SEIS (6) MESES	CARTERA NO MAYOR A SEIS (6) MESES	CARTERA NO MAYOR A SEIS (6) MESES	El área financiera entrega informe con cumplimiento del indicador con rotación de cartera no mayor a seis meses.	100 %	si		
<b>MERCADEO Y CLIENTE</b>	LOGRAR IMPLEMENTAR OFERTA DE SERVICIOS REQUERIDOS, ACORDE A LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD, FAVORECIENDOS E AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES DE FORMA EFICIENTE	OPTIMIZAR LA CAPACIDAD INSTALADA HABILITANDO TRES (3) NUEVOS SERVICIOS	SERVICIOS HABILITADOS	2	1	MEJORA SERVICIOS	MEJORA SERVICIOS	SUBGERENCIA DE SERVICIOS	Se hizo novedad de apertura de los servicios de neumología, cirugía de mano, cirugía oftalmológica, cuidado intermedio neonatal y cuidado básico neonatal. Se evidencian novedades en REPS	100 %	si
		MEJORAR LA INFRAESTRUCTURA DE URGENCIAS	AMPLIACIÓN DEL ÁREA DE OBSERVACIÓN	ASIGNACIÓN RECURSOS	AREA DE OBSERVACIÓN AMPLIADA	MEJORA SERVICIOS	MEJORA SERVICIOS		Se encuentra en proceso de remodelación el área que permita ampliar.	100 %	si
		ACTUALIZACIÓN, SOCIALIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE MANEJO Y PROTOCOLOS	No. DE FUNCIONARIOS MÉDICOS CON SOCIALIZACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO Y PROTOCOLO/TOTAL MÉDICOS *100	100%	100%	100%	100%		Se dio cumplimiento al cronograma de socialización de guías manejo médico anual.	100 %	si

<b>CALIDAD</b>	DESARROLLAR INTEGRALMENTE EL SOGC CON UN EVIDENTE AVANCE EN EL COMPONENTE DE ACREDITACIÓN	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN ASISTENCIAL	No. DE ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS REALIZADOS/TOTAL PROGRAMADOS *100	100%	100%	100%	100%	PLANEACIÓN Y CALIDAD	Informe de eventos adversos centinela se encuentra en una gestión del 100% .	100%	si
		IMPLEMENTACIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL MECI	% DE LOS ELEMENTOS IMPLEMENTADOS	100%	100%	100%	100%		Se encuentra 100% implementado. Se anexa informe de calidad	100%	si
		FORTALECER EL CICLO DE ACREDITACIÓN	No. DE CAPACITACIONES REALIZADAS A AUTOEVALUADORES/TOTAL DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS *100	100%	100%	100%	100%		Se realizaron doce capacitaciones programadas	100%	si
			CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	AUTOEVALUACIÓN PLANES DE MEJORAMIENTO	AUTOEVALUACIÓN PLANES DE MEJORAMIENTO	AUTOEVALUACIÓN PLANES DE MEJORA MIENTO	VISITA DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN		Se realizó la autoevaluación con un promedio de 2,8 en los estándares de acreditación y cumplimiento de planes de mejoramiento.	100%	si
<b>TALENTO HUMANO</b>	FORTALECER EL TALENTO HUMANO COMO PRINCIPAL ACTIVO ORGANIZACIONAL	FORTALECER EL PLAN DE BIENESTAR PARA CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS SERVIDORES DE LA ENTIDAD	No. DE FUNCIONARIOS QUE PARTICIPAN EN PROGRAMAS DE BIENESTAR/TOTAL FUNCIONARIOS *100	90%	90%	90%	90%	TALENTO HUMANO	Se evidencia informe donde el 100% de los funcionarios participaron en actividades de bienestar social.	100%	si
		CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	TOTAL DE ACTIVIDADES EJECUTADAS/TOTAL ACTIVIDADES PROGRAMADAS *100	100%	100%	100%	100%		Se evidencia informe de la oficina de seguridad y salud en el trabajo. Se evidencia cronograma de actividades con cumplimiento del 100%	100%	si

		DESARROLLAR EL PLAN INSTITUCIONAL DE FORMACION Y CAPACITACION POR COMPETENCIAS Y EVALUAR LA EFICACIA DEL MISMO.	No. DE EVENTOS DE CAPACITACIÓN REALIZADOS/EVENTOS DE CAPACITACIÓN PROGRAMADOS *100	100%	100%	100%	100%		Se evidencia informe con cronograma de capacitaciones con un cumplimiento de 100%.	100%	si
		EVALUACIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL	No. DE FUNCIONARIOS QUE CALIFICAN COMO SATISFACTORIO EL CLIMA LABORAL/FUNCIÓNARIOS ENCUESTADOS *100	75%	75%	75%	75%		Se evidencia informe de evaluación de clima laboral donde se encuentra satisfacción del 91%.	100%	si
ORGANIZACIÓN, DESARROLLO CRECIMIENTO	FAVORECER LA INTEGRACIÓN DE ATENCIONES EN SALUD DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD DE MANERA EFICIENTE ACORDE A LAS OPORTUNIDADES EMPRESARIALES Y NECESIDADES EXISTENTES		PROGRAMAS EN EJECUCIÓN	100%	100%	100%	100%		Se evidencia informe donde se continúa con los programas de servicio docencia y se amplió a carreras no asistenciales.	100%	si
			FORTALECER Y DAR CONTINUIDAD A LOS PROGRAMAS DE SERVICIO DE DOCENCIA EN PROFESIONALES Y TECNÓLOGOS					SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Oficina de sistemas certifica cumplimiento de digitalización de la historia clínica en 80%.	100%	si
			SISTEMATIZACIÓN Y DIGITALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	No. DE HC SISTEMATIZADAS Y DIGITALIZADAS /TOTAL HC *100	30%	50%	70%	70%	SUBGERENCIA DE SERVICIOS	En informe presentado por químico farmacéutico de la institución se evidencia adecuación y dotación de central de mezclas. Pendiente certificación del INVIMA visita programada para el mes de febrero de 2018.	80%
		LOGRAR IMPLEMENTAR UNA CENTRAL DE MEZCLAS, GARANTIZANDO EFICIENCIA, OPORTUNIDAD Y CALIDAD	UNA (1) CENTRAL DE MEZCLAS IMPLEMENTADA	1	CENTRAL DE MEZCLAS IMPLEMENTADA	CENTRAL DE MEZCLAS IMPLEMENTADA	CENTRAL DE MEZCLAS IMPLEMENTADA				



		FORTALECER ESTUDIO DE CARGAS LABORALES PARA DETERMINAR LAS NECESIDADES DE PERSONAL	REORGANIZACIÓN DE ACUERDO A RESULTADOS.	RESULTADOS DEL ESTUDIO	REORGANIZACIÓN DE PERSONAL	REORGANIZACIÓN DE PERSONAL	REORGANIZACIÓN DE PERSONAL	Se realizó estudio de cargas laborales. Se evidencia estudio.	100 %	si
		REVISAR LA CAPACIDAD INSTALADA VS PRODUCCIÓN	ANÁLISIS Y RESULTADOS DEL ESTUDIO	100%	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	Se evidencia documento de capacidad instalada vs producción.	100 %	si

**% CUMPLIMIENTO: 93%**

3.1. Anexo 3: Informe cumplimiento metas del plan de desarrollo.

## 4. INDICADOR N° 4

### RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA					
<b>INDICADOR 4</b>		Riesgo Fiscal y Financiero			
<b>FÓRMULA</b>		Adopción del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero			
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>					
<p>Mediante la Resolución 333 del 20 de Agosto de 2013, el Gerente adoptó y ordenó la implementación y ejecución del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero y mediante Acuerdo No. 100 del 24 de Junio de 2014, la Junta Directiva del Hospital de Yopal ESE, aprobó las modificaciones al programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.</p> <p>MEDIANTE RESOLUCIÓN NO. 1893 DEL 29 DE MAYO DE 2015 EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – retiro el Riesgo Alto al Hospital de Yopal ESE y LO CLASIFICÓ EN RIESGO BAJO, sin embargo el Hospital de Yopal debe continuar dándole cumplimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero y presentar los informes de seguimiento a la Secretaría de Salud del Departamento de Casanare.</p> <p>Mediante la resolución 2184 de 2016 del ministerio de la protección social fue categorizada sin riesgo. Mediante la resolución 1755 de 2017 el MINISTERIO DE A PROTECCION SOCIAL -la ESE Hospital de Yopal fue categorizada SIN RIESGO.</p>					
ESTÁNDAR PROPUESTO	LÍNEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2017	2018	2019	2020
Adopción del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero				
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>		Sin Riesgo			
<b>CALIFICACION</b>		5			

4.1. Anexo 4: certificación del revisor fiscal del acto administrativo mediante el cual se adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero del Hospital Regional de la Orinoquia.

## 5. INDICADOR N° 5

### EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDO.

<b>INDICADOR 5</b>	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida				
<b>FÓRMULA</b>	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/ número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior)				
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>					
Información certificada por el revisor fiscal. Fuente de información SIHO. Se anexa certificación. Teniendo en cuenta que a la fecha el ministerio de la protección social no ha publicado la información respecto al año 2017. Se presenta la información disponible en la página web del SIHO Correspondiente al año 2016.					
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<0,90	1,06	<0,90			
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>		1,01			
<b>CALIFICACION</b>		1			

5.1. Anexo 5: Ficha técnica de la página WEB del SIHO del ministerio de la protección social.

## 6. INDICADOR N°6

### PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS:

- 1) COMPRAS CONJUNTAS
- 2) COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO
- 3) COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS

<b>INDICADOR 6</b>	Proporción de medicamentos y material médico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1)compras conjuntas 2) compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado 3) mecanismos electrónicos				
<b>FÓRMULA</b>	Valor total adquisidores 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 empresas sociales del estado c) mecanismos electrónicos/Valor total de adquisidores de la ESE por medicamentos y material médico - quirúrgico.				
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>					
La almacenista general y el revisor fiscal certifican que durante la vigencia de 2017, 903,155 de los cuales se compraron \$4, 385, 477,545 mediante SECOP. No logrando la meta del indicador. Actualmente el Hospital Regional de la Orinoquia adquiere sus medicamentos e insumos farmacéuticos a través de la empresa SyD.					
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
>=0,70	0,46				
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>		29,24			
<b>CALIFICACION</b>		0			

6.1. Anexo 6: Certificación suscrita por el revisor fiscal.

## 7. INDICADOR N°7

MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR .

<b>INDICADOR 7</b>	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				
<b>FÓRMULA</b>	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. 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 objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]				
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>					
El revisor fiscal y tesorería certifican que el Hospital Regional de la Orinoquia a 31 de diciembre 2017 no tiene deudas que superen los 30 días por concepto de salarios y contratación de servicios. Se ha mantenido la política de priorizado los compromisos de nómina para con los salarios del personal de planta y pago de cuentas radicadas de los contratistas de prestación de servicios.					
ESTÁNDAR PROPUESTO	LÍNEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2017	2018	2019	2020
ceros o variación negativa	0				
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>		0			
<b>CALIFICACION</b>		5			

7.1. Anexo 7: Certificación suscrita por el revisor fiscal.

## 8. INDICADOR N°8

NÚMERO DE INFORMES DEL ANÁLISIS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA ESEA LA JUNTA DIRECTIVA CON BASE EN RIPS EN LA VIGENCIA EN LA VIGENCIA OBJETO DE LA EVALUACION.

<b>INDICADOR 8</b>	Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)				
<b>FÓRMULA</b>	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia en la vigencia objeto de la evaluación.				
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>					
Se presentaron los cuatro (4) informes de análisis de la prestación de servicios con base en RIPS a la junta directiva como consta en las actas: 029 del 8 de junio de 2017, 032 del 31 de agosto de 2017, 035 del 30 de octubre de 2017 y 038 del 27 de diciembre de 2017.					
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
4 Informes durante cada vigencia	4	4			
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>		4			
<b>CALIFICACION</b>		5			

8.1. Anexo 8: informe de planeación, Análisis de la prestación de los servicios.

## 9. INDICADOR N° 9

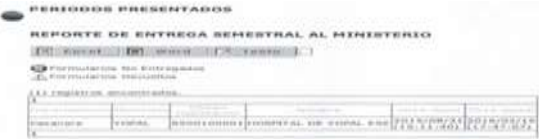
### RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO.

<b>INDICADOR 9</b>	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo				
<b>FÓRMULA</b>	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de la evaluación (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.				
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>					
El revisor fiscal y la jefe de presupuesto certifican que una vez revisadas las ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos con fecha de 31 de diciembre de 2017, presenta el siguiente indicador :					
Resultado equilibrio presupuestal con recaudo					
INGRESOS TOTALES RECAUDADOS EN LA VIGENCIA (incluye CxC vigencia anterior) = 83.845.156.915					
VR DE LA EJECUCIÓN DE GASTOS COMPROMETIDOS (incluye CxP vigencia anterior) 105.393.810.229 = 0.80					
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
>=1,00	0,81				
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>		0,8			
<b>CALIFICACION</b>		1			

9.1. Anexo 9: Certificación del revisor fiscal y ficha técnica de la página WEB del SIHO del ministerio de la protección social.

## 10. INDICADOR N°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.**


<b>INDICADOR 10</b>	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				
<b>FÓRMULA</b>	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente				
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>					
<p>La información relacionada con los indicadores de calidad y financieros se reporta a la Superintendencia de Salud de acuerdo a la normatividad vigente, durante el año 2017.</p> 					
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos				
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>		si cumple			
<b>CALIFICACION</b>		5			

10.1. Anexo 10: Reporte de la Superintendencia nacional de salud.



## 11. INDICADOR N°11

**OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCION 2. CAPITULO 8, TITULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016 DECRETO UNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCION SOCIAL O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.**

<b>INDICADOR 11</b>	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				
<b>FÓRMULA</b>	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación				
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>					
El Hospital regional de la Orinoquia I ESE ha cumplido con los plazos establecidos durante el año 2017					
					
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos				
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>		si cumple			
<b>CALIFICACION</b>		5			

11.1. ANEXO 11: Reporte del ministerio de salud y protección social.

## 12. INDICADOR N°12

### EVALUACION DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE O TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES.

<b>INDICADOR 12</b>	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias del tercer trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes			
<b>FÓRMULA</b>	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativas 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			
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>				
<p>La atención de mujeres gestantes continúa siendo el grupo poblacional más importante en la institución, por el volumen de pacientes atendidas al año y por ser único centro de referencia en el Departamento de Casanare con atención las 24 horas.</p> <p>Se hizo auditoria a 265 casos registrados con diagnóstico de hemorragias del tercer trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación de las cuales 253 cumplen con la aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del tercer trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación adoptadas por la institución mediante resolución 455 de 2016. Se realiza búsqueda activa por medio del sistema dinámica gerencial.</p>				
<b>INDICADOR</b>	<b>2017</b>			
Número de historias clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del tercer trimestre y trastornos hipertensivos de la gestación.	253			
Total historias clínicas auditadas de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	265			
<b>RESULTADO INDICADOR</b>	<b>0,95</b>			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>		
		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
>=0,80	0,9	>=0,80		
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>		0,95		
<b>CALIFICACION</b>		5		

12.1. Anexo 12: Informe del Comité de historias clínicas de la Evaluación de la guía de manejo para hemorragias del tercer trimestre y trastornos hipertensivos del embarazo.

### 13. INDICADOR N°13

## EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O MORBILIDAD ATENDIDA.

<b>INDICADOR 13</b>	Evaluación de la aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida			
<b>FÓRMULA</b>	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adaptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia/Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia			
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>				
El Hospital regional de la Orinoquia ESE continuó siendo el único prestador del servicio de atención del parto en el Municipio de Yopal y recibe todas las remisiones del departamento. Para la vigencia 2017 se atendieron 526 partos se tomó muestra aleatoria representativa estadísticamente de 456 registros clínicos correspondientes a atención de parto y 416 registros cumplen con la aplicación estricta de la guía de atención de parto adoptada por la resolución 455 de 2016				
<b>INDICADOR</b>	<b>2017</b>			
Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adaptada por la ESE para el diagnóstico de primera causa hospitalaria	416			
Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con atención de parto en la vigencia 2017.	456			
<b>RESULTADO INDICADOR</b>	0,91			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
>=0,80	0,94			
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>		0.91		
<b>CALIFICACION</b>		5		

13.1. ANEXO 13: Informe del Comité de historias clínicas de la Evaluación de la guía de manejo de atención de parto.

## 14. INDICADOR N°14

### OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA

<b>INDICADOR 14</b>	Oportunidad en la realización de apendicectomía				
<b>FÓRMULA</b>	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación				
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>					
Se realiza una búsqueda en reporte de dinámica gerencial por diagnóstico y se hizo revisión de 1408 registro clínicos de las cuales 1372 cumplen con los criterios de inclusión y el diagnóstico de apendicitis, de los cuales a 1260 usuarios se les realizó cirugía dentro de las 6 horas siguientes al diagnóstico, cumpliendo con el estándar del indicador.					
<b>INDICADOR</b>	<b>2017</b>				
Número de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico.	1260				
Total de pacientes con diagnóstico de egreso de apendicitis al egreso vigencia 2017.	1372				
<b>RESULTADO INDICADOR</b>	<b>91,8%</b>				
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
>=0,90	90				
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>		91.8			
<b>CALIFICACION</b>		5			

14.1. Anexo 14 informe de Subgerencia de prestación de servicios de oportunidad en la realización de apendicectomía.

## 15. INDICADOR N°15

### NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONIA BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.

<b>INDICADOR 15</b>	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.				
<b>FÓRMULA</b>	$\frac{\text{Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación}}{\text{Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación} - \text{Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior}}$				
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>					
En el año 2017, al igual que en los últimos cinco (5) años no se han presentado casos de neumonías broncoaspirativas intrahospitalarias de la población pediátrica atendida en el Hospital Regional de la orinoquia ESE. Se realiza búsqueda activa diaria a través de reportes de dinámica Gerencial.					
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Cero (0) o variación negativa	0	0	0	0	0
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>		0	0	0	0
<b>CALIFICACION</b>		5			

- 15.1. Anexo 15: Informe del comité de seguridad del paciente de número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario.

## 16. INDICADOR N°16

### OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)

<b>INDICADOR 16</b>	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)			
<b>FÓRMULA</b>	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia objeto de la evaluación.			
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>				
Mediante reporte dinámica gerencial, se revisaron 194 registros clínicos, de los cuales 154 historias clínicas cumplen con los criterios de inclusión de diagnóstico infarto agudo de miocardio y 152 usuarios se les dan inicio a la terapia dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico.				
<b>INDICADOR</b>	<b>2017</b>			
Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico	152			
Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia	154			
<b>RESULTADO INDICADOR</b>	98%			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>		
		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
>=0,90	0,92			
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>		0,98		
<b>CALIFICACION</b>		5		

16.1. Anexo 16: Informe del comité de historias clínicas oportunidad en la atención específica con diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio.

## 17. INDICADOR N°17

### ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

<b>INDICADOR 17</b>	Análisis de mortalidad intrahospitalaria				
<b>FÓRMULA</b>	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo objeto de la vigencia de evaluación/Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo objeto de la evaluación				
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>					
En promedio el 49. % de las defunciones que se registran en usuarios, durante el año 2017, la estancia hospitalaria es superior a las 48 horas. Para el año 2017 se registraron 333 muertes, de las cuales 165 corresponden a mayor de 48 horas.					
Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo objeto de la vigencia de evaluación		165,00			
Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo objeto de la evaluación		165,00			
<b>Resultado</b>		<b>1,000</b>			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
>=0,90	1				
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>		1	1	>=0,90	>=0,90
<b>CALIFICACION</b>		5			

17.1. Anexo 17: Informe del comité de vigilancia epidemiológica del análisis de mortalidad intrahospitalaria vigencia 2017.

## 18. INDICADOR N°18

### TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE PEDIATRIA.

<b>INDICADOR 18</b>		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.					
<b>FÓRMULA</b>		Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de la evaluación /Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.					
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>							
<b>TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE PEDIATRIA</b>	<b>SUMATORIA DE DIAS ENTRE LA ASIGNACION Y SOICITUD</b>	<b>NUMERO DE CONSULTAS ASIGNADAS</b>		<b>DIAS</b>			
<b>CONSULTA PRIMERA VEZ DE PEDIATRIA</b>	<b>11697</b>	<b>3421</b>		<b>3,42</b>			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>		<b>LÍNEA BASE</b>		<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
<=5		3,36		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>				3,42			
<b>CALIFICACION</b>				5			

18.1. Anexo 18: Ficha técnica de la página WEB del SIHO del ministerio de salud y protección social.



## 19. INDICADOR N°19

### TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE OBSTETRICIA.

<b>INDICADOR 19</b>		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia					
<b>FÓRMULA</b>		Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de la evaluación /Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.					
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>							
<b>TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE OBSTETRICIA</b>	<b>SUMATORIA DE DIAS ENTRE LA ASIGNACION Y SOICITUD</b>	<b>NUMERO DE CONSULTAS ASIGNADAS</b>		<b>DIAS</b>			
<b>CONSULTA PRIMERA VEZ DE OBSTETRICIA</b>	<b>9750</b>	<b>2860</b>		<b>3,41</b>			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>		<b>LÍNEA BASE</b>		<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
<=8		4,51		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
					<=8	<=8	<=8
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>				3,41			
<b>CALIFICACION</b>				5			

19.1. Anexo 19: Ficha técnica de la página WEB del SIHO del ministerio de salud y protección social.

## 20. INDICADOR N°20

### TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA.

<b>INDICADOR 20</b>		<b>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.</b>					
<b>FÓRMULA</b>		Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de la evaluación /Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.					
<b>ESCENARIO ACTUAL</b>							
<b>TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA INTERNA</b>	<b>SUMATORIA DE DIAS ENTRE LA ASIGNACION Y SOICITUD</b>	<b>NUMERO DE CONSULTAS ASIGNADAS</b>		<b>DIAS</b>			
<b>CONSULTA PRIMERA VEZ DE MEDICINA INTERNA</b>	<b>4715</b>	<b>511</b>		<b>9,23</b>			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>		<b>LÍNEA BASE</b>		<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
				<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<=15		3,40		<=15	<=15	<=15	<=15
<b>RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO</b>				9,23			
<b>CALIFICACION</b>				5			

20.1. Anexo 20: Ficha técnica de la página WEB del SIHO del ministerio de salud y protección social.

**21. ANEXO 4. MATRIZ DE CALIFICACION INDICADORES PLAN DE GESTION  
VIGENCIA 2017. RESOLUCION 408 DE 2018.**

**DIRECCION Y GERENCIA 20%**

Numero	INDICADOR	Línea Base 2015	Resultado periodo evaluado 2017	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado 2017
1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1,14	1,16	3	0,05	0,15
2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento continuo de la Calidad de la Atención en Salud	100	95	5	0,05	0,25
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	91,66	93	5	0,10	0,5

**FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%**

Numero	INDICADOR	Línea Base 2015	Resultado periodo evaluado 2017	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado 2017
4	Riesgo fiscal y financiero	Programa saneamiento	Sin riesgo-programa saneamiento	5	0,05	0,25
5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	1	1,01	1	0,05	0,05

6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: compras conjuntas, a través de Cooperativas de ESE y/o a través mecanismos electrónicos	0,46	0,29	0	0,05	0,0
7	Monto de la deuda Superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	0	0	5	0,05	0,25
8	Utilización de información registros RIPS	4	4	5	0,05	0,25
9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	0,8	0,8	1	0,05	0,05
10	Oportunidad en la entrega de reporte de la información en cumplimiento de la Circular Única expedida la SNS, o la norma que la sustituya.	No cumplimiento	Cumplimiento dentro de los términos previstos	5	0,05	0,25
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sesión 2 capítulo 8 título 3 parte 5 del libro del decreto 780 de 2016-decreto único reglamentario del sector salud y protección social o la norma que lo sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	5	0,05	0,25

**GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%**

Numero	INDICADOR	Línea Base 2015	Resultado periodo evaluado 2017	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado 2017
12	Evaluación de Aplicación de guías de manejo específica: para Hemorragia del tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestante	0,9	0,95	5	0,07	0,35
13	Evaluación de Aplicación de guías de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0,94	0,91	5	0,05	0,25
14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	0,9	0,92	5	0,05	0,25
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0	0	5	0,05	0,25
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio	0,92	0,98	5	0,05	0,25
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	1	1	5	0,05	0,25
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	3,36	3,42	5	0,03	0,15

<b>19</b>	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.	4,51	3,41	5	0,03	0,15
<b>20</b>	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.	3,4	9,23	5	0,02	0,1
<b>TOTAL</b>				<b>85</b>		<b>4,25</b>

**ACUERDO N.º 005 DE 2018**

Por medio del cual se evalúa el Plan de Gestión del Gerente del Hospital Regional de la Orinoquia E.S.E, vigencia 2016-2020, correspondiente al periodo comprendido entre el 01 de Enero de 2017 al 31 de Diciembre de 2017

**LA JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E.**

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales, legales, en especial las conferidas en la ordenanza 060 de 1995 y el Decreto 0248 de 1996 del 2002y,

**CONSIDERANDO**

Que el Artículo 11 del Decreto 1876 del 03 de agosto de 1994, establece como función de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado "Discutir y aprobar los Resultados de la Gestión"

Que, en el numeral 25 del artículo 22 del Decreto 248 de 2002 por el cual se adopta el Estatuto Orgánico del Hospital de Yopal ESE, emanado de la Gobernación de Casanare, establece como función del Gerente de la Empresa, "Someter a consideración y aprobación de la Junta Directiva los resultados de la gestión de cada vigencia.

Que el artículo 74 de la ley 1438 del 2011 establece la Evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes de Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial.

Que el artículo 74.2 de la ley 1438 del 2011 define que la Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del Plan de Gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del Informe de Gestión.

Que el artículo 74.3 de la ley 1438 del 2011 establece que los resultados de la Evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificara al Director o Gerente quien podrá interponer recursos de reposición ante la Junta Directiva dentro de los 5 (cinco) días hábiles siguientes a su notificación,

Que el artículo 74.4 de la ley 1438 del 2011 define que la decisión de la junta directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensión, ante la Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.

Que la resolución 710 del 2013 adopta 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 y su evaluación por parte de la junta directiva.

Que la resolución 743 del 2013 modifica la resolución 710 del 2012 y se dictan disposiciones para modificar los anexos 2, 3 y 4 del artículo 2 de la resolución citada.

Que la resolución 408 de 15 de febrero de 2018, modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 y se dictan disposiciones para modificar los anexos 2, 3 y 4 y el artículo 3 de la resolución 743 de 2013.

Que la ley 1797 del 13 de julio de 2016, artículo 20 define el nombramiento de los gerentes de las empresas sociales del estado.



**Gerencia**

Calle 15 N.º 07-95 Manzana L Vía Marginal de la Selva  
PBX. 634 4660 Yopal/Casanare/Colombia



Que mediante decreto 0198 del 11 de octubre de 2016, la gobernación de Casanare nombro al Dr. Ronald Roa Castañeda, identificado con cedula de ciudadanía 74753708 de Aguazul como Gerente del Hospital Regional de la Orinoquia ESE.

Que de acuerdo a la ley 1438 de 2011, el gerente del Hospital Regional de la Orinoquia, presento dentro de términos el plan de gestión a la junta directiva, el cual fue aprobado mediante acuerdo 120 del 16 de diciembre de 2016.

Que mediante acuerdo 002 del 28 de febrero de 2018 se aprueba y adopta la actualización y ajuste del plan de gestión gerencial del Hospital Regional de Orinoquia ESE "Con paso firme alcanzaremos la salud 2016-2020" ajustado a la resolución 408 de 2018.

Que en sesión de Junta Directiva realizada el día 20 de Marzo de 2018 y luego de haber sido sometido a un estudio riguroso el informe de la ejecución del Plan de Gestión presentado por el Gerente del Hospital Regional de la Orinoquia E.S.E, Dr. Ronald Roa Castañeda, los miembros de la Junta Directiva, han decidido aprobar la evaluación con su resultado, Informe que hace parte en su totalidad de este acuerdo.

En mérito de lo expuesto,

**ACUERDA**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Aprobar la evaluación del PLAN DE GESTIÓN del Gerente del Hospital Regional de la Orinoquia ESE, del período comprendido entre el 1° de Enero de 2017 y el 31 de Diciembre de 2017, la cual hace parte integral del presente Acuerdo y cuyo resultado arrojó una calificación de 4.25, porcentaje del 85% y una calificación cualitativa SATISFACTORIA.

**ARTICULO SEGUNDO:** Notifíquese el presente acuerdo al Gerente del Hospital Regional de la Orinoquia ESE.

**ARTICULO TERCERO:** Contra el presente Acuerdo procede el recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

**ARTICULO CUARTO:** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dado en Yopal, a los 20 días del mes de Marzo de 2018

  
**DRA JOHANA VELANDIA SIERRA**  
Presidente de Junta Directiva

  
**DR. ALBER URIEL SALGADO MORENO**  
Secretario Técnico Junta Directiva Ad -hoc

ANEXOS: Informe plan de gestión.

Elaboró: (Janeth Atuesta A)  
Jefe de planeación y desarrollo institucional

Revisó: (Carlos Robayo)  
Profesional Especializado Calidad)

GESTIÓN DOCUMENTAL  
Original: Gerencia  
1ª Copia: Junta Directiva  
Serie y Subserie: GER -87

**Gerencia**

Calle 15 N° 07-95 Manzana L Vía Marginal de la Sierva  
PBX: 634 4050 Yopal Casanare Colombia

