

JUNTA DIRECTIVA	ACUERDO N° 004 DE 28 DE MAYO DE 2024
	PAGINA 1 DE 2

ACUERDO N°004

(Mayo 28 de 2024)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL PLAN DE GESTION DEL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA – ESE ISABU, PARA EL PERIODO 2024-2027.

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA – ESE ISABU –

En ejercicio de sus atribuciones legales, y

CONSIDERANDO

Que la Ley 1438 de 2011, define los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado.

Que de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 72 de la referida Ley, corresponde a la Junta Directiva “...aprobar el Plan de Gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la Entidad, durante el periodo para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho Plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la Entidad Territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El Plan de Gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social (...)”.

Que las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 del Ministerio de Salud, regulan los aspectos relacionados con la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por los Directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, durante el periodo para el cual fueron designados.

Que mediante Decreto No. 0053 del 18 de Marzo de 2024 y diligencia de posesión No. 0266 del 22 de Marzo del 2024, se designó como Gerente de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga al Dr. Hernán Darío Zárate Ortegón para el periodo del 1 de abril de 2024 hasta el 31 de marzo de 2027.

Que el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011 “Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial, en concordancia con el artículo 73,1 de la misma Ley, indica que “El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el Proyecto del Plan de Gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo...”.

Que en cumplimiento de la normativa anteriormente mencionada, el Gerente de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga, el día 14 del mayo de 2024, mediante correo electrónico presentó el Plan de Gestión para el periodo 2024 – 2027 a los honorables miembros de la Junta Directiva, en el tiempo concedido para los efectos.

Que el numeral 73,2 del Artículo 73 de la Ley 1438 de 2011 establece que “La Junta Directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar el Plan de Gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del Plan”.

Que el numeral 73,3 del Artículo de la Ley 1438 de 2011 contempla que *“El Gerente podrá presentar observaciones al Plan de Gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes”*.

Que el numeral 73,4 del Artículo de la Ley 1438 de 2011 indica que “En caso en que la Junta Directiva no apruebe el Proyecto del Plan de Gestión durante el término aquí establecido, el Plan inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado”.

Que el Gerente de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga dio cumplimiento a la presentación del Plan de Gestión dentro de los términos y plazo establecidos por la Ley.

Que se realizó socialización y sustentación técnica del Proyecto del Plan de Gestión 2024 – 2027 a la Junta Directiva, el cual fue debatido y aprobado por parte de sus miembros.

Que mediante Acta de Junta Directiva No. 07 de fecha 28 de mayo de 2024 fue aprobado el Plan de Gestión para la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga para el periodo 2024 – 2027, con las observaciones efectuadas por los honorables miembros de la Junta Directiva.

Por lo anteriormente expuesto,

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO. – APROBAR EL PLAN DE GESTION. Presentado por el Gerente de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga – ESE ISABU, para el periodo institucional 2024 - 2027, por el Dr. Hernán Darío Zárate Ortegón ante la Junta Directiva, documento que hace parte integral del presente Proyecto de Acuerdo con sus anexos correspondientes.

ARTÍCULO SEGUNDO. – CONTENIDO DEL PLAN. El Plan de Gestión de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga para el periodo 2024 – 2027 consta de sesenta (60) folios y forma parte del presente Acuerdo de Junta Directiva.

ARTÍCULO TERCERO – NOTIFICACIÓN. Notificar personalmente el presente Acuerdo de Junta Directiva al Gerente de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga, Dr. Hernán Darío Zárate Ortegón.

ARTÍCULO CUARTO. De conformidad con el numeral 73,3 del Artículo 73 de la Ley 1438 de 2011 el Gerente podrá presentar observaciones al Plan de Gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación.

ARTÍCULO QUINTO. El presente Acuerdo de Junta Directiva rige a partir de su expedición.

NOTIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Bucaramanga, a los veintiocho (28) días de mayo de 2024.


RICHARD ALEXANDER CAICEDO RICO
Delegado del Alcalde de Bucaramanga


HERNÁN DARIO ZARATE ORTEGÓN
Secretario Junta Directiva

Elaboró: Nini Marelby Barajas B. – Profesional Universitaria ^{MB}
Revisó: Sandra Patricia García T- CPS Profesional Especializada ^{SP}



ALCALDÍA DE
BUCARAMANGA

PLAN DE GESTIÓN

2024 – 2027

E.S.E.
INSTITUTO DE SALUD
DE BUCARAMANGA

Hernán Darío Zárate Ortega
Gerente

**PLAN DE GESTIÓN
2024-2027**

HERNÁN DARÍO ZÁRATE ORTEGÓN
Gerente

Decreto de Nombramiento No. 0053 del 18 de marzo de 2024
Diligencia de Posesión No. 0266 del 22 de marzo de 2024

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO –
INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA**

Mayo de 2024

PRESENTACIÓN

El Plan de Gestión de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga 2024 – 2027 es el instrumento de gestión de la Gerencia que le proporciona los lineamientos principales para desarrollar de manera organizada, las actividades y los recursos hacia el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales que mejoren la prestación de los servicios y la calidad de vida de la población atendida.

Siguiendo lo dispuesto en la Resolución 408 de 2018 y teniendo como base el diagnóstico inicial de la Entidad y los resultados a alcanzar en el cuatrienio en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y el área Asistencial o Clínica, estos se articularán con los planes, programas y proyectos del Plan de Desarrollo Institucional para el mismo periodo, a través de las metas planteadas en los Planes Operativos Anuales y los planes de acción realizados por parte de las áreas.

Una vez aprobado el Plan de Gestión por parte de la Junta Directiva de la ESE se realizará monitoreo permanente al cumplimiento de los indicadores planteados en este y en el Plan de Desarrollo, de tal manera que se puedan tomar acciones inmediatas y pertinentes cuando se presente alguna desviación y que impacten de manera oportuna, eficiente y eficaz en la prestación de los servicios y en la sostenibilidad financiera de la Institución. Lo anterior permitirá realizar un seguimiento y evaluación adecuada por parte de la Junta Directiva que genere confianza en la gestión realizada.

De igual manera, los compromisos acordados permitirán orientar al Instituto hacia el fortalecimiento como prestador de servicios de baja y mediana complejidad en Bucaramanga y su área de influencia.



HERNÁN DARÍO ZÁRATE ORTEGÓN
Gerente
ESE Instituto de Salud de Bucaramanga

Tabla de Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	6
2.	OBJETIVO	7
3.	ALCANCE	7
4.	APLICABILIDAD	7
5.	RESPONSABILIDAD	7
6.	DEFINICIONES	7
7.	NORMATIVIDAD APLICABLE	8
	• Constitución Política de Colombia de 1991	8
	• Ley 1438 de 2011	8
	• Resolución 710 de 2012.	8
	• Resolución 743 de 2013.	9
	• Resolución 408 de 2018.	9
8.	METODOLOGÍA	9
9.	ROLES EN EL PLAN DE GESTIÓN	10
10.	CONSIDERACIONES GENERALES	11
10.1.1.	Misión	11
10.1.2.	Visión	12
10.1.3.	Valores Éticos	12
10.1.4.	Principios	14
10.1.5.	Objetivos Estratégicos	14
10.1.6.	Políticas Institucionales	15
10.2.	ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN	16
10.2.1.	Demografía	17
10.2.2.	Análisis del Servicio de Consulta Externa	17
10.2.3.	Análisis del Servicio de Urgencias	18
10.2.3.	Análisis del Servicio de Hospitalización	18
10.2.4.	Prestación de Servicios	19
11.	DESARROLLO DE LAS FASES DEL PLAN DE GESTIÓN	23
11.1.	METODOLOGÍA	23

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

11.2. FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN – DIAGNÓSTICO INICIAL	24
11.2.1. Gestión de Dirección y Gerencia (20%)	24
INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	25
INDICADOR 2: EFECTIVIDAD AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO	26
INDICADOR 3: EJECUCIÓN PLAN DE DESARROLLO	28
11.2.2. Indicadores de Financiera y Administrativa (40%)	29
INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	29
INDICADOR 5: GASTO POR UNIDADES DE VALOR RELATIVO	31
INDICADOR 6: ADQUISICIÓN MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO	32
INDICADOR 7: DEUDA POR CONCEPTO DE SALARIOS PERSONAL DE PLANTA	33
INDICADOR 8: INFORMACIÓN RIPS	35
INDICADOR 9: EQUILIBRO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	36
INDICADOR 10: OPORTUNIDAD REPORTE CIRCULAR ÚNICA	37
INDICADOR 11: OPORTUNIDAD REPORTE DECRETO 2193/2004	38
11.2.3. Indicadores Clínica Asistencial (40%)	39
INDICADOR 21: CAPTACIÓN GESTANTES < SEMANA 12	39
INDICADOR 22: INCIDENCIA SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS	40
INDICADOR 23: EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	41
INDICADOR 24: EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA CRECIMIENTO Y DESARROLLO	43
INDICADOR 25: REINGRESOS SERVICIO DE URGENCIAS	44
INDICADOR 26: OPORTUNIDAD MEDICINA GENERAL	45
11.3. PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN	47
11.4. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN ANUAL	47
12. SOCIALIZACIÓN, DESPLIEGUE Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN	48
13. ANEXOS	48

1. INTRODUCCIÓN

El Plan de gestión es la herramienta que permite llevar las actividades y los recursos de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga, hacia el cumplimiento de los objetivos y metas planteados, a partir de la identificación de las necesidades de atención de salud, diseñando estrategias y programando actividades que conlleven a mejorar la calidad de salud de la población, teniendo presentes los lineamientos del Plan Municipal de Desarrollo 2024 – 2027. Lo anterior dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 1438 de 2011 y las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, a través de los cuales se adoptan las condiciones y metodologías para la elaboración, aprobación y evaluación del gerente en los tres componentes definidos en el Plan.

El presente documento pretende apoyar la definición, articulación, y priorización de metas y objetivos para el periodo 2024 – 2027, con el fin de hacer explícita la gestión estratégica de la institución e implementar los indicadores normativos, los cuales están diseñados y construidos de acuerdo con los principios, políticas y directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuya estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial.

En la primera parte se exponen la metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión del Instituto de Salud de Bucaramanga 2024 – 2027 para aprobación de la Junta Directiva, dándole alcance y estableciendo responsabilidades frente a los componentes del plan de conformidad con lo establecido en la Resolución 710 de 2012; en segundo lugar se presenta el estado actual de la institución de acuerdo con su plataforma estratégica, sus características internas y en tercer lugar se desarrollan como tal las fases del plan de gestión en cuanto al análisis situacional de la ESE con su respectivo diagnóstico, se establecen los compromisos a desarrollar en el cuatrienio con sus respectivas metas por cada área de gestión, determinando las líneas base por cada indicador y las actividades a desarrollar para dar cumplimiento a ellos y finaliza con el procedimiento de evaluación del plan que se irá desarrollando anualmente con el fin de verificar el cumplimiento de cada uno de los indicadores definidos en la Resolución 408 de 2018.

Los compromisos acordados entre la Gerencia y la Junta Directiva mediante este Plan de Gestión permitirán la formulación del Plan de Desarrollo Institucional, los

objetivos estratégicos, la asignación de metas del Plan de Acción Anual, recursos y responsables que facilitarán su cumplimiento en los próximos 4 años.

2. OBJETIVO

Dar cumplimiento a los indicadores definidos en la Resolución 408 de 2018 mediante estrategias orientadas al logro de la misión y visión institucional que produzcan resultados óptimos en las metas y objetivos asistenciales, administrativos y financieros en pro del mejoramiento en la prestación de servicios del Instituto de Salud de Bucaramanga y en la confianza de sus usuarios, colaboradores y comunidad.

3. ALCANCE

El Plan de Gestión del Instituto de Salud de Bucaramanga inicia desde la formulación, presentación y aprobación de los compromisos y metas, la ejecución del Plan de Acción Anual para los siguientes cuatro años y finaliza con el seguimiento y evaluación cada año de los indicadores por parte de su Junta Directiva.

4. APLICABILIDAD

El Plan de Gestión del Instituto de Salud de Bucaramanga para el cuatrienio 2024-2027 aplica a todos los procesos estratégicos, misionales, apoyo y evaluación institucionales.

5. RESPONSABILIDAD

Gerente Instituto de Salud de Bucaramanga

6. DEFINICIONES

- **Administrar:** Gobernar, ejercer la autoridad o el mando sobre un territorio y sobre las personas que lo habitan. Dirigir una institución. Ordenar, disponer, organizar, en especial la hacienda o los bienes.
- **Autorregulación:** Se refiere aquella capacidad que dispone una entidad de regularse a sí misma en base a un monitoreo y control voluntario que tendrá lugar desde sus propias instalaciones y recursos.
- **Grupos de Interés:** Personas, grupos o entidades sobre las cuales el ente público tiene influencia o son influenciadas por éste. Es sinónimo de

“Públicos Internos y externos”, o “Clientes internos y externos”, o “Partes interesadas”.

- **Políticas Institucionales:** Directrices u orientaciones por las cuales la alta dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la actividad pública en un campo específico de su gestión, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y sus propósitos.
- **Plan de Gestión:** Documento que refleja los compromisos que el Director o Gerente establece ante la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado, los cuales deben incluir como mínimo las metas y actividades en las áreas de Dirección y Gerencia, viabilidad financiera y eficiencia financiera, gestión clínica y asistencial, que sin ir en contravía de la planeación general de la ESE, se constituye en un documento aparte, cuyo cumplimiento se debe medir a través de los indicadores definidos en el anexo técnico de la Resolución 408 de 2018.
- **Estándares e indicadores de evaluación:** Para la evaluación del plan de gestión de los gerentes o directores de las empresas sociales del Estado del orden territorial, se adoptan los estándares e indicadores contenidos en los anexos que hacen parte integral de la presente resolución, los cuales son de obligatoria aplicación en la evaluación de la gestión y resultados de los gerentes o directores

7. NORMATIVIDAD APLICABLE

- **Constitución Política de Colombia de 1991.** Art 49 en el cual establece que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”. “Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”.
- **Ley 1438 de 2011.** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Artículo 72: Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales. Artículo 73: Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Artículo 74: Evaluación del plan de gestión del director o gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
- **Resolución 710 de 2012.** Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directivos de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones.

- **Resolución 743 de 2013.** Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 408 de 2018.** Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

8. METODOLOGÍA

La metodología para la formulación del Plan de Gestión de las ESE se encuentra definida en la Resolución 710 de 2012, la cual se realiza en 5 fases:



- **Fase 1. PREPARACIÓN.** Se identifican las fuentes de información para establecer la línea base de los indicadores. Para el desarrollo de esta etapa se cuenta con las fichas técnicas de los indicadores de dirección, financieros, administrativos y asistenciales del Anexo 2 de la Resolución 408 de 2018.
- **Fase 2. FORMULACIÓN.** Se consolida la información de la línea base de cada uno de los indicadores del Anexo No. 2 de la Resolución 408 de 2018. En esta etapa se revisan los indicadores por área y se elabora la matriz de diagnóstico por indicadores, la matriz de compromisos, actividades y metas (Anexos 3 y 4).
- **Fase 3. APROBACIÓN.** Se realiza la presentación de la propuesta del Plan de Gestión para la vigencia 2024-2027 a la Junta Directiva.
- **Fase 4. EJECUCIÓN.** Una vez aprobado el plan de gestión gerencial su ejecución contempla tres momentos. El primero inicia con la notificación a las

unidades funcionales y/o subgerencias donde se elaboran los planes de acción orientados al cumplimiento de los indicadores del plan de gestión; en segunda instancia, se realiza seguimiento a la ejecución de actividades de manera sistemática debidamente soportada, según las fuentes definidas en la Resolución 408 de 2018. Finalmente, se presenta el informe anual de cumplimiento de los indicadores del plan de gestión a la Junta Directiva.

- **Fase 5. EVALUACIÓN.** Con base en las metas establecidas en el plan de gestión, se realiza la evaluación anual de los resultados y de la gestión del Gerente para los años 2024, 2025, 2026 y 2027 de conformidad con los indicadores del anexo No. 5 de la Resolución 408 de 2018.

9. ROLES EN EL PLAN DE GESTIÓN

De conformidad con la Resolución 710 de 2012 los roles para la formulación, aprobación, ejecución y evaluación del Plan de Gestión son los siguientes:

- **JUNTA DIRECTIVA.** i) Analizar el proyecto de Plan de Gestión, presentado por el Gerente o Director. ii) Aprobar el Proyecto y convertirlo en Plan de Gestión para ejecución durante el periodo para el cual fue nombrado el Gerente o Director, con o sin ajustes propios de la Junta Directiva. iii) Resolver las Observaciones realizadas por el Gerente o Director, al Plan de gestión aprobado por la Junta Directiva, si hay lugar a ello.
- **GERENCIA.** i) Preparar el Plan de Gestión que pretende ejecutar en el periodo para el cual fue nombrado. ii) Presentar y sustentar el Proyecto de Plan de Gestión a la Junta Directiva, dentro de los términos previstos por la ley. iii) Realizar observaciones al Plan de Gestión aprobado por la Junta Directiva, si lo considera conveniente. iv) Implementar el Plan de Gestión por su propia iniciativa, si durante el término establecido por la Ley la Junta directiva no lo aprobó. iv) Realizar la programación anual de las metas de gestión y resultados contenidos en el Plan de Gestión aprobado por la Junta Directiva. v) Ejecutar el Plan de Gestión durante el periodo para el cual fue nombrado. vi) Preparar el Informe anual resultados sobre la ejecución del Plan de Gestión aprobado por la Junta Directiva. vii) Presentar y sustentar ante la Junta Directiva, el Informe Anual de resultados del Plan de Gestión dentro de los términos establecidos en la ley.
- **LÍDERES DE PROCESO.** i) Participar en la preparación y formulación del Plan de Gestión. ii) Participar en la ejecución del Plan de Gestión, de acuerdo con la asignación de responsabilidades sobre las actividades específicas del mismo. iii) Participar en la evaluación del Plan de Gestión, certificar datos e información

específica de la línea base y de los resultados obtenidos en la ejecución del Plan.

- **REVISOR FISCAL.** i) Certificar la información de los indicadores específicos señalados en la metodología adoptada por las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013, 408 de 2018 y las normas que la modifiquen o sustituyan.

10. CONSIDERACIONES GENERALES

El Instituto de Salud de Bucaramanga fue creado mediante los Decretos 665 y 668 de diciembre de 1989, siendo inicialmente un establecimiento público descentralizado del orden municipal; posteriormente fue reestructurada bajo los lineamientos del Decreto 1876 del 3 de agosto de 1994 y, a través del Acuerdo Municipal No. 031 de julio 30 de 1997 nació como Empresa Social del Estado descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuya función esencial es la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad para el Municipio de Bucaramanga, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Instituto de Salud de Bucaramanga actualmente está conformada por 24 puntos de atención, distribuidos en 22 Centros de Salud de atención ambulatoria de baja complejidad y 2 unidades de atención hospitalaria: la Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita – UIMIST y el Hospital Local del Norte – HLN.

10.1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

El direccionamiento estratégico de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga, está compuesto por la Plataforma Estratégica (misión, visión, valores, principios, objetivos estratégicos y políticas institucionales) y el Plan de Desarrollo Institucional, este último generado a partir del Plan de Gestión. Para la construcción del Direccionamiento estratégico se aplican metodologías de planeación estratégica, las cuales serán implementadas en la construcción del Plan de Desarrollo y la actualización de la Plataforma Estratégica, teniendo en cuenta el nuevo periodo de gestión.

10.1.1. Misión

Somos una Empresa Social del Estado de orden municipal, organizada estratégicamente en red, que presta servicios de primer y segundo nivel, con

enfoque integral del riesgo, énfasis en atención primaria en salud, promoción y prevención y maternidad segura, promoviendo el autocuidado, hábitos de vida saludables, con talento humano calificado y comprometido, trato humanizado, vocación docencia servicio, infraestructura tecnológica y física competitiva, amigable con el medio ambiente, para la población del municipio de Bucaramanga en su área urbana y rural.

10.1.2. Visión

Para el año 2023 la E.S.E Instituto de Salud de Bucaramanga avanzará en acreditación, seremos líderes en atención primaria en salud, promoción y prevención, enfoque de gestión sostenible, fortalecidos en telemedicina, con tecnología de punta y responsabilidad social, garantizando mayor cobertura y accesibilidad a toda la población de Bucaramanga y su área de influencia.

10.1.3. Valores Éticos

- **Respeto.** Los empleados del Instituto de Salud de Bucaramanga, profesarán el respeto por sí mismo, por la profesión, por el trabajo que se hace, por las normas y conductas personales y sociales que impone la naturaleza humana, la comunidad y la sociedad. De igual manera, serán conscientes del reconocimiento y legitimación del otro en sus derechos, deberes y diferencias culturales, sociales y de pensamiento. Somos respetuosos cuando reconocemos, aceptamos y valoramos los derechos humanos y constitucionales de nuestros compañeros y de los ciudadanos, y les brindamos un trato digno, independientemente de sus diferencias de opinión y niveles de jerarquía.
- **Honestidad.** Los empleados del Instituto de Salud de Bucaramanga actuarán con pudor, decoro y recato en cada una de sus actuaciones y tendrán en cuenta que la honestidad expresa respeto por uno mismo y por los demás. Somos honestos cuando somos coherentes entre lo que decimos y el ejemplo que damos. Igualmente nos comprometemos a cuidar y optimizamos los bienes y recursos de la entidad, empleándolos únicamente para beneficio del interés general.
- **Colaboración.** La colaboración se debe dar como una actitud permanente de servicio hacia el trabajo y el Instituto de Salud de Bucaramanga, este valor se basa en la colaboración y el esfuerzo compartido de los empleados de la entidad. La colaboración es responsabilidad de todos, por lo tanto es necesario apoyar la labor del compañero mediante el trabajo conjunto, con el fin de contribuir al logro del bien común de la institución. Somos colaboradores cuando participamos de las metas comunes y trabajamos en equipo para conseguir y apoyar el desarrollo del objeto social.

- **Responsabilidad.** Capacidad personal para desarrollar con competitividad, pertinencia y diligencia las funciones, y para asumir las consecuencias de los propios actos u omisiones, implementando acciones para corregirlos cuando sea necesario. Como empleados de la E.S.E Instituto de Salud de Bucaramanga debemos cumplir nuestros deberes y obligaciones en forma ágil y oportuna, dignificando así nuestro puesto de trabajo y permitiendo que la entidad brinde a sus usuarios una atención adecuada para desarrollar óptimamente su objeto social.
- **Eficiencia.** Los empleados del Instituto de Salud de Bucaramanga se comprometen a velar porque, en igualdad de condiciones de calidad y oportunidad, la entidad obtenga la máxima productividad de los recursos que le han sido asignados y confiados para el logro de sus propósitos. En el Instituto de Salud de Bucaramanga, se establece como propósito principal, alcanzar las metas propuestas con la buena utilización de los recursos existentes y/o asegurar un óptimo empleo de los bienes y recursos disponibles en aras de la productividad y el beneficio social.
- **Compromiso.** Como empleados del Instituto de Salud de Bucaramanga, nos comprometemos a desarrollar a cabalidad nuestras funciones, deberes y obligaciones, de acuerdo con las políticas, planes y programas, que le corresponden ejecutar a la institución y teniendo como base los principios y valores del presente Código de Ética, de tal forma que se asegure el desarrollo del objeto social. El éxito en la gestión de la entidad es posible gracias a que los empleados y colaboradores reconocen la importancia y el sentido de la función institucional, involucrándose plenamente en las tareas que son comunes a todos.
- **Solidaridad.** La solidaridad es uno de los valores humanos por excelencia, en estos términos, la solidaridad se define como la colaboración entre empleados. Como empleados del Instituto de Salud de Bucaramanga asumimos el compromiso de contribuir a la solución de necesidades, para el logro de objetivos personales e institucionales, teniendo como fin, el bien común de la entidad, de los clientes y de la sociedad, con fundamento en la buena voluntad de servicio y apoyo a los demás, fortaleciendo el compañerismo, la colaboración y el trabajo en equipo.
- **Rectitud.** Este valor hace referencia a la cualidad de recta razón o conocimiento práctico de lo que debemos hacer o decir, de tal forma que los empleados asumimos el compromiso de expresar un rol transparente y confiable en la realización de nuestro trabajo, en especial teniendo en cuenta los principios y valores instituidos en este Código.
- **Humanización.** La humanización tiene como objetivo, ofrecer un servicio de atención en salud a través de un personal sensibilizado hacia la calidez de la atención al usuario y su familia, debidamente entrenado y educado en comunicación asertiva, con conocimientos y apropiación en derechos y

deberes, promoviendo el respeto, responsabilidad, oportunidad, accesibilidad, orientación durante todo el proceso de atención procurando un ambiente armónico para el desarrollo de su trabajo, previniendo comportamientos abusivos y agresivos, mejorando la comunicación, solidaridad entre colaboradores, partes interesadas y diferentes niveles de operación de la organización, y asegurando las condiciones humanizantes desde el ambiente físico como una responsabilidad con todos los grupos de interés hacia la generación de una cultura más humanizada.

- **Autocuidado.** El Autocuidado se refiere básicamente al cuidado de los demás y al propio, como funciones imprescindibles en la vida del ser humano. Implica la elección de estilos de vida saludables, teniendo en cuenta las habilidades y limitaciones de cada uno, en favor del bienestar de las personas y la promoción de la vida.

10.1.4. Principios

- Igualdad
- Eficacia
- Eficiencia
- Economía
- Moralidad
- Imparcialidad
- Publicidad
- Transparencia
- Planeación
- Debido proceso
- Participación ciudadana
- Responsabilidad
- Buena fe

10.1.5. Objetivos Estratégicos

1. Fortalecer la infraestructura física y tecnológica del Instituto de Salud de Bucaramanga.
2. Lograr un posicionamiento institucional estratégico, mediante un enfoque integral del riesgo, énfasis en atención primaria en salud, promoción y prevención, maternidad segura y vocación docencia servicio.
3. Fortalecer el sistema integrado de gestión administrativa que garantice mayor eficiencia, mejores resultados, enfocados en las competencias del ser, la humanización, el saber y el hacer en la gestión de salud.

4. Lograr la sostenibilidad financiera a través de medidas de fortalecimiento institucional que asegure el flujo de los recursos necesarios para prestar los servicios de salud.

10.1.6. Políticas Institucionales

- Política de Administración de Riesgos (Res. 0581/22)
- Política de Planeación Institucional
- Política Gestión presupuestal y eficiencia del Gasto Público
- Política Talento Humano
- Política Integridad
- Política Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
- Política Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
- Política Servicio al Ciudadano
- Política Participación Ciudadana
- Política Racionalización de Trámites
- Política Administración de archivo y Gestión Documental
- Política Gobierno Digital
- Política Seguridad Digital
- Política Defensa Jurídica
- Política Gestión del Conocimiento y la Innovación
- Política Control Interno
- Política Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
- Política Mejora Normativa
- Política Compras (Res. 585/21)
- Política de Daño Antijurídico (Res. 212/22)
- Política Gestión de la Tecnología
- Política de Tratamiento y Protección de Datos
- Política de la Seguridad de la Información, ciberseguridad y Protección de la Privacidad
- Política de Preservación Digital
- Política de Seguridad y Salud en el Trabajo (Res. 656/21, Res. 655/21, Res. 646/21, Res. 585/21)
- Política Ambiental (Res. 417/22)
- Política Humanización (Res. 236/19)
- Política IAMII (Res. 257/21)
- Política Salud Pública (Res. 236/19)
- Política Docencia y Servicio (Res. 236/19)
- Política Gerencia de Ambiente Físico (Res. 236/19)
- Política Gerencia de la Información (Res. 236/19)

- Política Seguridad del Paciente (Res. 277/19)
- Política Prestación de Servicios
- Política de Calidad y Mejoramiento Continuo
- Política de Discapacidad
- Política de Reuso de Dispositivos Médicos
- Política de Comunicaciones
- Política de Atención al Ciudadano

10.1.7. Mapa de Procesos



10.2. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN

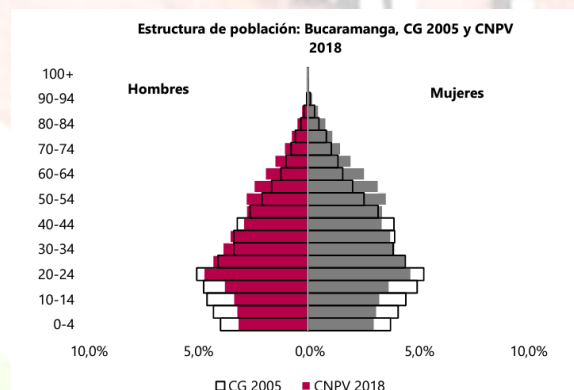
Bucaramanga, se fundó el 22 de diciembre de 1622 por Andrés Páez de Sotomayor y Miguel de Trujillo, es la capital del Departamento de Santander y núcleo del Área Metropolitana de Bucaramanga; limita por el norte con el municipio de Rionegro, por el oriente con los municipios de Matanza, Charta y Tona, por el sur con Floridablanca y por el Occidente con San Juan de Girón. Se encuentra a una altura de 959 metros sobre el nivel del mar y cuenta con 165 km² de extensión, distribuidos entre el casco urbano 79.2 km² que corresponde al 48% del total y la zona rural 85.5 km² que corresponde al 52% del total.

El municipio de Bucaramanga se encuentra dividido en 17 comunas, que incluyen 219 barrios y 36 asentamientos urbanos, cuanta con 29 veredas y 15 asentamientos rurales. Demográficamente, cuenta con una población total

proyectada para el año 2024 de 619.703 habitantes, equivalente al 1,2% del total nacional y el 26,07% de Santander (CNVP DANE, 2018) y una densidad poblacional de 4.024,05 habitantes por Km².

10.2.1. Demografía

En cuanto al perfil demográfico se encuentra una distribución equitativa, donde el 52.4%, son mujeres (324.611) y el 47,6% son hombres (295,092). La pirámide poblacional muestra que el rango de edades donde se concentra la mayor cantidad de población está entre los 18 hasta 36 años, resaltando que la base se ha ido angostando debido a la baja tasa de natalidad en los últimos años; igualmente, se observa un incremento progresivo en la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total, lo cual indica un envejecimiento demográfico. A su vez, la población por área para el 2024 asciende a 9.766 habitantes en el sector rural (1.6%) y 609.937 (98,4%) en el área urbana.



10.2.2. Análisis del Servicio de Consulta Externa

Según los datos arrojados por el Observatorio de Salud Digital de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga publicado en su página web, en la vigencia 2023 se atendieron 81.813 usuarios y se realizaron 235.048 consultas en el servicio de consulta externa, de las cuales el 65% corresponden a atenciones a mujeres y el 35% a hombres. Para este servicio, 226.052 consultas se prestaron al régimen subsidiado, correspondiente al 96,2% de los regímenes, en donde Coosalud es la EPS con mayor cantidad de usuarios atendidos (102.452), seguido por Nueva EPS (73.599), EPS Sánitas (27.927) y Asmet salud (23.048). Por ciclo de vida, los usuarios clasificados en adultez y vejez participan con el 71,6% dentro de las

atenciones, seguidos de los usuarios jóvenes, primera infancia y adolescencia. Por diagnóstico, la principal causa de atención en consulta externa corresponde a Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus no insulino dependiente, infección de vías urinarias, hipotiroidismo, rinofaringitis aguda (resfriado común) y lumbagos no especificados. Del total de usuarios atendidos, el 2% corresponde a mujeres gestantes con 4.320 atenciones a este grupo.

10.2.3. Análisis del Servicio de Urgencias

Durante el 2023 se atendieron 31.869 usuarios y se realizaron 45.812 consultas en el servicio de urgencias, de las cuales el 56% corresponden a atenciones a mujeres y el 44% a hombres. Para este servicio, 41.004 consultas de urgencias se prestaron al régimen subsidiado, correspondiente al 89,5% de los regímenes, en donde Coosalud es la EPS con mayor cantidad de usuarios atendidos (11.766), seguido por Nueva EPS (9.607), Asmet salud y EPS Sánitas. Por ciclo de vida, los usuarios en urgencias clasificados en adultez y jóvenes participan con el 47,1% dentro de las atenciones, seguido de los usuarios de primera infancia, vejez e infancia. Por diagnóstico, la principal causa de atención en urgencias corresponde a fiebre no especificada, dolores abdominales no especificados, diarrea y gastroenteritis, infección de vías urinarias, pulpitis y dolor pélvico y perineal. Del total de usuarios atendidos, el 10% corresponde a mujeres gestantes con 4.515 atenciones a este grupo.

10.2.3. Análisis del Servicio de Hospitalización

Para la vigencia 2023 se atendieron 4.262 usuarios y se realizaron 4.667 consultas en el servicio de hospitalización, de las cuales el 62% corresponden a atenciones a mujeres y el 38% a hombres. Para este servicio, 4.260 atenciones en hospitalización se prestaron al régimen subsidiado, correspondiente al 91,3% de los regímenes, en donde Coosalud es la EPS con mayor cantidad de usuarios atendidos (2.141), seguido por Nueva EPS (1.233), Asmet salud y EPS Sánitas. Por ciclo de vida, los usuarios atendidos en el servicio de hospitalización estuvieron clasificados en adultez y jóvenes participan con el 53,6% dentro de las atenciones, seguido de los usuarios clasificados en vejez, primera infancia y adolescencia. Por diagnóstico, la principal causa de atención en hospitalización corresponde a infecciones de vías urinarias, dolores abdominales no especificados, dengue con signos de alarma, celulitis en miembros, parto único espontáneo, falso trabajo de parto y neumonía. Del total de usuarios atendidos, el 50% corresponde a mujeres gestantes con 4.667 atenciones a este grupo.

10.2.4. Prestación de Servicios

El Instituto de Salud de Bucaramanga cuenta con las siguientes sedes de atención ambulatoria e internación:

CAFÉ MADRID

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701-26	bis 30, Carrera 8a #33n, Bucaramanga, Santander
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
13,451	Directora técnica zona norte

COLORADOS

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701-22	Avenida 52 N 21-89 Barrio colorados
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
6,232	Directora técnica zona norte

GAITÁN

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701-12	Carrera 12 # 16 – 10, Gaitán
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
5,136	Directora técnica zona norte

GIRARDOT

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701-08	Cra 6 # 25- 34
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
9,079	Directora técnica zona norte

KENNEDY

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701-20	CALLE 17 CARRERA 12 NORTE
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
9,774	Directora técnica zona norte

IPC

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701-07	Calle 1 # 16 d - 33 La Juventud
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
10,188	Directora técnica zona norte

REGADEROS

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
----------------------	-----------

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

6800100701-14	Carrera 23c #1-04 san Cristóbal
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
7,326	Directora técnica zona norte

SAN RAFAEL

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701-13	Cll 4 # 10-45 barrio San Rafael
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
6,677	Directora técnica zona norte

SANTANDER

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701-11	CALLE 27 # 8 OESTE - 1 A 8 OESTE -55 B. SANTANDER
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
5,845	Directora técnica zona norte

VILLA ROSA

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701-10	Cra 11 #18b-50
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
4,649	Directora técnica zona norte

MÓVIL RURAL

	DIRECCIÓN
	U móvil Rural
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
1,006	Directora técnica zona norte

BUCARAMANGA

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701 -19	Calle 69#10-01
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
3,921	Directora técnica zona sur

CAMPO HERMOSO

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701 -21	Calle 45#0 occidente-199
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
6,669	Directora técnica zona sur

COMUNEROS

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
----------------------	-----------

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

6800100701-24	calle 10 # 17-28
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
6,920	Directora técnica zona sur

CONCORDIA

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701 – 23	Calle 53#21- 63
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
7,777	Directora técnica zona sur

CRISTAL ALTO

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701 – 25	Calle 122#19-65
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
3,896	Directora técnica zona sur

LA JOYA

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701 – 16	Calle 41#4-31
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
5,478	Directora técnica zona sur

LIBERTAD

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701 – 18	Carrera 32 #99-18
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
5,028	Directora técnica zona sur

MORRORICO

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701-17	Antiguo restaurante el corcovado
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
4,850	Directora técnica zona sur

MUTIS

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701 – 05	Carrera 3 w # 57-51
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
9,268	Directora técnica zona sur

PABLO VI

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701 – 15	Carrera 10 E # 67 A - 08
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE

4,065

Directora técnica zona sur

EL ROSARIO

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701-03	Calle 34#35-57
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
10,723	Directora técnica zona sur

TOLEDO PLATA

CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN
6800100701 – 06	Calle 105 # 15 D-28
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE
8,019	Directora técnica zona sur

El Instituto de Salud de Bucaramanga cuenta con los siguientes servicios habilitados, según Resolución 3100/19:

SERVICIOS AMBULATORIOS

Consulta Externa

- Consulta de Medicina General.
- Consulta Odontológica General.
- Consulta y Actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad
- Consulta Medicina Especializada: Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía General y Pediátrica, Medicina Interna, Dermatología, Ortopedia, Cirugía Plástica y Urología.

Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

- Apoyo Terapéutico: Fisioterapia, Fonoaudiología, Trabajo Social, Nutrición, Psicología y Farmacia.
- Apoyo Diagnóstico: Laboratorio Clínico, Ecografía, Rayos X, Electrocardiografía, Monitoreo Fetal.

SERVICIOS HOSPITALARIOS

Servicio de Urgencias

- Medicina General y Ginecobstetricia, Sala de Observación, Sala de Partos, Interconsulta Especializada en Pediatría, Medicina Interna, Cirugía Ginecobstetricia y Cirugía General.

- Servicios Quirúrgicos y Obstétricos: Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía General
- Internación: Ginecobstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Neonatología y Cirugía General
- Apoyo Diagnóstico y Terapéutico: I y II nivel de atención
- Otros Servicios: Sala de rehidratación oral, Sala de Procedimientos Menores, Sala ERA de adultos y pediátrica, Sala de Yesos
- Transporte Asistencial básico

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

- Atención Primaria en Salud
- Plan de Intervenciones Colectivas
- Vigilancia Epidemiológica

11. DESARROLLO DE LAS FASES DEL PLAN DE GESTIÓN

La Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y 408 de 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, definen los criterios y metodologías para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, en donde se determinan los compromisos, metas y actividades a alcanzar para el periodo objeto de evaluación, con el fin de cuantificar en cada vigencia los resultados obtenidos, relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, en tres ámbitos:

- Dirección y Gerencia 20%.
- Gestión Financiera y Administrativa 40%.
- Gestión Clínica y Asistencial 40%.

La formulación del Plan por área de gestión incluye la identificación del Indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, fórmula, actividades, línea base, meta y observaciones.

11.1. METODOLOGÍA

La metodología empleada para recolectar la información de los diferentes indicadores que integran el plan de gestión gerencial se realiza a través de los siguientes mecanismos:

- Trabajo en equipo con los líderes de procesos institucionales, a fin de generar gestión de fuentes de información, implementación y evaluación de los indicadores con los soportes suficientes para la validación de los resultados, los certificados expedidos contienen la fuente de información de los datos y registros reportados en cumplimiento de la normatividad vigente.
- Generación de los soportes directamente desde las áreas funcionales de la ESE.
- Descargue de certificados al Ministerio de Salud y Protección Social, para el soporte en el cumplimiento de términos en la presentación de informes rendidos.
- Descargue de información de la Superintendencia Nacional de Salud, como soporte de presentación oportuna de informes.

11.2. FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN – DIAGNÓSTICO INICIAL

La línea base sobre la cual se formula el plan de gestión 2024-2027 corresponde a los resultados obtenidos en la evaluación de los indicadores con corte a 31 de diciembre de 2023 de la Resolución 408 de 2018.

11.2.1. Gestión de Dirección y Gerencia (20%)

La gestión de dirección y gerencia está relacionada con el cumplimiento de las metas estratégicas del Plan de Desarrollo Institucional (Plan de Acción Anual), la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – SOGCS, en cuanto al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC y la Autoevaluación que da cumplimiento de los estándares del Manual de Acreditación para cada vigencia.

Sumado a esto último, se hace necesario cumplir los estándares de la Resolución 3100 de 2019 relacionados con el Sistema Único de Habilitación - SUH, así como el fortalecimiento del Sistema de Información para la Calidad – SIC a través de la planeación, monitoreo, medición y reporte de la gestión de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y control.

La ejecución del Sistema Único de Acreditación busca el logro de estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud y se realiza articuladamente con la implementación de la ruta crítica del PAMEC y los demás subsistemas del Sistema de Gestión de Calidad. En este indicador el Instituto de Salud de Bucaramanga trabajará hacia el cumplimiento de los estándares de Acreditación en Salud, que permitan la mejora continua en la prestación de los

servicios.

INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

DIAGNÓSTICO INICIAL

En la vigencia 2023 se realizó la calificación de la Autoevaluación de los estándares del Sistema Único de Acreditación - SUA con un resultado de 2,7, de acuerdo con la metodología definida en la Resolución 2082 de 2014, según los criterios de enfoque, implementación y resultados. Al aplicar la fórmula se tuvo en cuenta la evaluación de la vigencia 2022 cuyo resultado fue 2,4, para un indicador de 1,13.

Para 2024 se realizará la Autoevaluación del séptimo ciclo de mejoramiento haciendo énfasis en el cumplimiento de los ejes de acreditación y teniendo en cuenta los soportes que evidencien las acciones de mejoramiento de cada uno de los estándares del Manual de Acreditación descrita en la Resolución 5095 de 2018. Igualmente, en los cuatro años de gestión se continuará con la cultura de mejoramiento continuo hacia la consolidación y fortalecimiento de los ejes trazadores del SUA y la documentación e implementación de los estándares, aprovechando la entrada en funcionamiento de la herramienta tecnológica para el sistema de calidad Almera.

RESULTADO 2023 (Línea Base del Indicador): **1,13**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Avanzar durante el periodo de gestión en el cumplimiento de los estándares del Sistema Único de Acreditación – SUA, a través del logro de incrementos anuales del 20% en la Autoevaluación cuantitativa y cualitativa por grupos de estándares, según la metodología establecida en la Resolución 2082/2014.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Realizar las Autoevaluaciones anuales con enfoque en Acreditación que permitan la mejora continua y el alcance de estándares superiores de calidad, de acuerdo con las Resoluciones 2082/14 y 5095/18, generando el informe de autoevaluación por cada ciclo de mejoramiento.
- Realizar seguimiento periódico al cumplimiento de los estándares del Manual de Acreditación que permitan mejoras en los resultados en la evaluación

cuantitativa y cualitativa, verificando los resultados de la autoevaluación frente a la vigencia anterior.

- Implementar en el plan de Capacitaciones lo contemplado en el Sistema Único de Acreditación, socializando al personal de la ESE la metodología de Autoevaluación y los conceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – SOGC.
- Avanzar en el cumplimiento de las condiciones de habilitación establecidas por la normatividad vigente.

META ANUAL DEL INDICADOR

Mantener un resultado anual en la Autoevaluación $\geq 1,2$ frente a la vigencia anterior.

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades NO acreditadas.	Promedio de la calificación de Autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la Autoevaluación de la vigencia anterior	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$

FUENTE DE INFORMACIÓN

Informe trimestral de seguimiento y consolidado anual por parte del responsable del área de calidad.

INDICADOR 2: EFECTIVIDAD AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud, se indica que en su formulación se plantearon acciones y estrategias enmarcadas en los lineamientos básicos del Sistema Único de Acreditación, propendiendo por la mejora continua de los procesos institucionales. Con base en lo anterior se registraron en la plataforma de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con lo establecido en la Circular Única, los resultados de la ejecución de las oportunidades de mejora programadas y ejecutadas conforme a los requisitos establecidos en el formato ST002.

Para la vigencia 2023 se cumplió la totalidad de las 57 oportunidades de mejora programadas en el PAMEC, cuyo seguimiento se realizó oportunamente por parte de la Secretaría de Salud Departamental. Se plantea continuar con la priorización

de oportunidades de mejora enfocadas en los ejes trazadores de Acreditación con el fin de fortalecer la seguridad, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología en la atención, con un impacto directo en el mejoramiento de la prestación de los servicios y el incremento en la satisfacción de los usuarios.

RESULTADO 2023 (Línea Base del Indicador): **1,00**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Obtener resultados superiores al 90% de cumplimiento de las acciones de mejoramiento programadas en el PAMEC para cada vigencia, manteniendo monitoreo permanente que permita el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud y cumpliendo con el reporte oportuno de la Circular Única a la Superintendencia nacional de salud.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Definir y ejecutar el Plan de Mejoramiento Institucional donde se prioricen y establezcan las oportunidades de mejora en ciclo Deming (PHVA) que permitan un seguimiento periódico para cada una de ellas.
- Desplegar a todo el personal y partes interesadas sobre las acciones a desarrollar en la implementación de la Ruta Crítica del PAMEC.
- Conformación de los grupos de autoevaluación por grupo de estándares, implementando metodologías normativas aplicables.
- Aplicar la Ruta Crítica del PAMEC según los siguientes pasos:
 - Selección de proceso a mejorar.
 - Priorización de procesos.
 - Elaboración del plan de acción y/o mejoramiento para procesos seleccionados, en ciclo Deming.
 - Ejecución y seguimiento de plan de acción.
 - Aprendizaje organizacional.
 - Elaboración anual del informe de cumplimiento al PAMEC.

META ANUAL DEL INDICADOR

Mantener un resultado de la meta anual ≥ 0.9 en el cumplimiento de las oportunidades de mejora definidas en el PAMEC.

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas. / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora del	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
atención en salud.	componente de auditoria registrados en el PAMEC.				

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR

Información anual generada por la Superintendencia Nacional de Salud.

INDICADOR 3: EJECUCIÓN PLAN DE DESARROLLO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Se dio cumplimiento al Plan de Desarrollo 2023, armonizando las metas del Plan de Acción Anual. Se entrega como soporte el informe del líder de planeación en el cual se discrimina la ejecución de este plan.

Se cuenta con la aprobación del Plan de Acción Anual mediante Acta No. 2 de Comité de Gestión y Desempeño de enero de 2023 y la certificación por parte de la oficina de planeación del Instituto de Salud de Bucaramanga, la cual contiene el listado de las metas del Plan que dan cumplimiento al Plan de Desarrollo Institucional para esa vigencia, el estado de cumplimiento de cada una de ellas y el cálculo del indicador. Es de resaltar que la plataforma estratégica de la ESE se encuentra desactualizada por lo que en el proceso de formulación del nuevo plan de desarrollo se implementarán metodologías del Balance Score Card con los grupos de interés para actualizar y definir ambos componentes del direccionamiento de la institución los cuales quedarán articulados a través de los objetivos estratégicos.

RESULTADO 2023 (Línea Base del Indicador): **0,96**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Obtener resultados superiores al 90% de cumplimiento de las metas programadas del plan de desarrollo institucional, a través del Plan de Acción Anual, con el compromiso y articulación de todos los procesos.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Elaborar el plan de desarrollo institucional para la vigencia 2024 a 2027 para aprobación de Junta Directiva
- Formular el Plan de Acción Anual de cada área para aprobación del Comité de Gestión y Desempeño, articulado al Plan de Desarrollo.

- Realizar seguimiento trimestral a los avances del Plan de Acción por vigencia.
- Reportar la información anual en Contraloría Municipal (SIA Contraloría).
- Adecuar la capacidad instalada de la ESE ISABU de acuerdo con las necesidades de salud de la población atendida.

META ANUAL DEL INDICADOR

Mantener un resultado de la meta anual ≥ 0.9

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR

Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener el listado de las metas del Plan de Acción Anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO) y el cálculo del indicador.

11.2.2. Indicadores de Financiera y Administrativa (40%)

INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Riesgo Fiscal y Financiero, cuya información se genera anualmente a partir de la Resolución emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social la cual relaciona aquellas Instituciones que se encuentren en riesgo alto o medio y que se encuentran implementando Planes de Saneamiento Fiscal y Financiero en la vigencia anterior. En caso en que las ESE's se encuentren sin riesgo o riesgo bajo el indicador NO aplica por lo cual no se califica, cuya ponderación se redistribuye proporcionalmente entre los demás indicadores del mismo componente.

El Instituto de Salud de Bucaramanga no se encuentra en riesgo, por tal razón no tiene aprobado en la vigencia 2023 plan de saneamiento financiero y fiscal. No obstante, la entidad trabajará para mantener los indicadores financieros con resultados favorables.

RESULTADO 2023 (Línea Base del Indicador): **NO Aplica**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Mantener en los cuatro años al Instituto de Salud de Bucaramanga sin riesgo financiero.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Fortalecer las acciones de seguimiento a la gestión financiera institucional y de racionalización de costos y gastos sin afectar la calidad en la prestación de los servicios.
- Fortalecer los procesos de venta de servicios de salud, ajustando el portafolio y las tarifas de acuerdo con las condiciones del sector, realizando seguimiento de la relación contractual con EAPB y estableciendo estrategias de negociación que fortalezcan la venta de servicios.
- Fortalecer el proceso de facturación y radicación que permita reducir las glosas y devoluciones.
- Diagnosticar y si hay lugar a ello ajustar los procesos de radicación, gestión de glosas, conciliaciones y cartera que resulten en un mejor recaudo y mayor flujo de recursos hacia la ESE, a través del seguimiento permanente a los compromisos de pago establecidos con las EAPB, reportando a la Supersalud los incumplimientos y ejecutando las acciones legales pertinentes.
- Diagnosticar la eficiencia y eficacia del actual sistema de información y evaluar si hay lugar al cambio por uno que integre las diferentes áreas y que genere información válida, completa, confiable, segura y oportuna.
- Generar e implementar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto.

META ANUAL DEL INDICADOR

Mantener un resultado de la meta anual Sin Riesgo

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR

Resolución anual del Ministerio de Salud y Protección Social en donde se categoriza el riesgo financiero de las Empresas Sociales del Estado. Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y

Financiero Fiscal y Financiero para las ESE categorizadas en riesgo medio o alto; en caso de riesgo bajo o sin riesgo el indicador no aplica.

INDICADOR 5: GASTO POR UNIDADES DE VALOR RELATIVO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Las cifras se encuentran reportadas en la matriz de la Ficha Técnica del 2193/04, a precios constantes del año 2023 en donde se relaciona el gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos con las Unidades de Valor Relativo UVR de la vigencia objeto de evaluación y la vigencia anterior. El Instituto de Salud de Bucaramanga realizó el reporte de la información correspondiente en el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la plataforma SIHO de manera oportuna, cuyo cálculo anual se genera desde esta plataforma.

RESULTADO 2023 (Línea Base del indicador): **0.99**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Lograr un gasto por unidad de valor relativo (UVR) menor <0.90 para cada vigencia.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Realizar seguimiento permanente a la producción de servicios, proyectando el costo por UVR producida Versus el gasto comprometido y proyectado que genere eficiencia entre lo producido y lo gastado.
- Establecer puntos de control medibles entre el recaudo por ventas de servicio de salud frente a los compromisos de gastos de funcionamiento, mejorando la productividad en los servicios prestados y logrando eficiencia en el uso de los recursos.
- Implementar estrategias de austeridad en el gasto y optimización de recursos que generen mejoramiento en los indicadores de eficiencia hospitalaria.
- Revisar y ajustar los costos de producción acorde a los servicios prestados.

META ANUAL DEL INDICADOR

Mantener un resultado de la meta anual <0.90

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
Evolución del	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y	<0.90	<0.90	<0.90	<0.90

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	<p>prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación.)</p> <p>-----</p> <p>(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Numero UVR producidas en la vigencia anterior)</p>				

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR

Ficha técnica de la página web de SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con los reportes trimestrales que realiza la ESE.

INDICADOR 6: ADQUISICIÓN MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos. Durante la vigencia 2023 la ESE realizó compras a través de estos mecanismos como cooperativas de Empresas Sociales del Estado y a través de mecanismos electrónicos por un valor de \$6.325 millones, lo cual fue certificado por la Revisoría Fiscal de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga.

RESULTADO 2023 (Línea Base del indicador): **0,99**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Realizar la compra de medicamentos y dispositivos médicos superior al 70% anual por alguno de los mecanismos establecidos en la resolución 408 de 2018.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Revisar la viabilidad de realizar alianzas estratégicas con otras ESE de la Región.
- Revisar la viabilidad del incremento en las compras de medicamentos y material médico quirúrgico con las cooperativas de las ESE regionales.
- Revisar la viabilidad de realizar compras a través de mecanismos electrónicos.

META ANUAL DEL INDICADOR

Mantener un resultado de la meta anual ≥ 0.7

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a). Compras conjuntas. b). Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. c). Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a). Compras conjuntas. b). Compras a través de cooperativas de ESE, c). Compras a través de mecanismos Electrónicos) ----- Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.	≥ 0.7	≥ 0.7	≥ 0.7	≥ 0.7

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR

Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá:

1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y materiales médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b), y c).
2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra.
3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico - quirúrgico en la vigencia evaluada.
4. Aplicación de la fórmula del indicador.

INDICADOR 7: DEUDA POR CONCEPTO DE SALARIOS PERSONAL DE PLANTA

DIAGNÓSTICO INICIAL

En cuanto al 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. Se presenta la certificación expedida por la Revisoría Fiscal donde la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga se encuentra a paz y salvo con las obligaciones laborales por todo concepto para el personal de planta y para el personal que no figura en planta a través de órdenes de

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

prestación de servicios a corte de 31 de diciembre de 2023, se concluye que la deuda es 0, sin variación.

RESULTADO 2023 (Línea Base del indicador): **Cero (0)**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Mantener en cero o con variación negativa la deuda superior a 30 días para el personal de planta y por concepto de contratación de servicios para la vigencia.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Establecer estrategias de gestión de recursos tales como el fortalecimiento del proceso de radicación, recuperación de cartera y recaudo producto de la venta de servicios, que mejoren el flujo de efectivo para respaldar y pagar oportunamente la operación normal de la ESE.
- Realizar seguimiento y control de las obligaciones laborales y contractuales de servicios de conformidad con las disposiciones legales y los procedimientos establecidos para tal fin.

META ANUAL DEL INDICADOR

Mantener un resultado de la meta anual en Cero o con variación negativa.

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y 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 de personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte al 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)	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR

Certificación suscrita por el revisor fiscal sobre el valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y contratación de servicios;

en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador, que como mínimo contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.

INDICADOR 8: INFORMACIÓN RIPS

DIAGNÓSTICO INICIAL

Para la presentación de la información del Registro Individual de Prestaciones de Servicio de Salud (RIPS) se elaboraron y presentaron a la Junta Directiva cuatro informes con el análisis de la prestación de servicios de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga, tomando como base los RIPS como consta en la Certificación expedida por la Oficina de Planeación, donde indica las fechas, número de acta e informe presentado.

RESULTADO 2023 (Línea Base del indicador): **4 informes**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Presentar ante la junta directiva mínimo 4 informes al año, de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Realizar de manera permanente la consolidación y análisis de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios - RIPS, presentando periódicamente en Junta Directiva la cantidad de egresos por lugar de procedencia, por servicio, género, edad, plan de beneficios, causa externa de ingreso, distribución de la población atendida, comparativo de facturación y EAPB y demás información relevante asociada.

META ANUAL DEL INDICADOR

Cumplir con un resultado de la meta anual de 4 informes al año.

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
Utilización de información de registro individual de prestaciones - RIPS	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentado a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los	4	4	4	4

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
	servicios.				

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR

Informe del responsable de Planeación de la ESE o quién haga sus veces, soportando en las Actas de sesión de la Junta Directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de junta directiva en las que se presentó el informe.

INDICADOR 9: EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

DIAGNÓSTICO INICIAL

La información sobre el resultado del Equilibrio Presupuestal con Recaudo es reportada al Ministerio de Salud y Protección Social a través de la plataforma SIHO en su ficha técnica para la vigencia 2023 en la cual se generó un resultado para el Instituto de Salud de Bucaramanga favorable.

RESULTADO 2023 (Línea Base del indicador): **1,14**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Lograr la sostenibilidad presupuestal de la institución en términos de recaudo frente a los gastos comprometidos y pago de deudas de vigencias anteriores, de conformidad con lo establecido en la resolución 408/18.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Realizar el diagnóstico y posible ajuste al proceso de facturación y radicación que permitan un adecuado y oportuno recaudo.
- Realizar seguimiento a los costos y gastos de la ESE con énfasis en austeridad en el gasto sin afectar la calidad del servicio.
- Fortalecer el proceso de cartera, realizando seguimiento a las acciones legales, conciliaciones, acuerdos de pago y demás acciones que mejoren el flujo de efectivo por venta de servicios y otras fuentes de ingresos.
- Diagnosticar la eficiencia y eficacia del actual sistema de información y evaluar si hay lugar al cambio por uno que integre las diferentes áreas y permita generar información válida, completa, confiable, segura y oportuna, que impacte el flujo de recursos hacia la ESE.

META ANUAL DEL INDICADOR

Lograr un cumplimiento con un resultado de la meta anual ≥ 1 .

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores)	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1
	Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CXP de vigencias anteriores).				

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR

Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).

INDICADOR 10: OPORTUNIDAD REPORTE CIRCULAR ÚNICA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Durante el 2023 el Instituto de Salud de Bucaramanga realizó el reporte oportuno de los formatos que dan cumplimiento a la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, cuya plataforma generó el informe respectivo como evidencia del indicador.

RESULTADO 2023 (Línea Base del indicador): **CUMPLE**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Reportar oportunamente los formatos correspondientes a la Circular Única de la Supersalud.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Definir e implementar mecanismos de control para el reporte oportuno de los informes de Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con la normatividad vigente, por parte de cada responsable.

META ANUAL DEL INDICADOR

Cumplir dentro de los términos previstos el resultado de la meta anual.

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR

Informe anual Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con los cargues de información realizados por la ESE.

INDICADOR 11: OPORTUNIDAD REPORTE DECRETO 2193/2004

DIAGNÓSTICO INICIAL

Durante el 2023 el Instituto de Salud de Bucaramanga realizó el reporte oportuno de los formatos que dan cumplimiento al Decreto 2193/04 del Ministerio de Salud y Protección Social, cuya plataforma generó el informe respectivo como evidencia del indicador en el que se certifica que la información fue reportada en las condiciones establecidas en los artículos 2 y 5 del decreto 2193 de 2004, donde consta que la ESE cumple con lo dispuesto.

RESULTADO 2023 (Línea Base del indicador): **CUMPLE**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Reportar oportunamente la información al Ministerio de Salud, en cumplimiento del Decreto 2193/14.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Sustentar oportunamente la información del Decreto 2193 de 2004 a la Secretaría de Salud Departamental.
- 2. Establecer los mecanismos de control para el reporte oportuno de los Informes del Decreto 2193/14 de conformidad con la normatividad vigente, por parte de cada responsable.

META ANUAL DEL INDICADOR

Cumplir dentro de los términos previstos el resultado de la meta anual.

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
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.	Cumplimiento oportuno de los informes de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR

Reporte anual del Ministerio de Salud y Protección Social.

11.2.3. Indicadores Clínica Asistencial (40%)

INDICADOR 21: CAPTACIÓN GESTANTES < SEMANA 12

DIAGNÓSTICO INICIAL

Para la vigencia 2023 se observó que la proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación fue de 0,86 en donde el total de gestantes captadas en la Institución para el año fue de 1.459 de las cuales 1.256 gestantes fueron captadas antes de la semana 12 y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal. Se entrega como soporte informe del comité de historias clínicas en el cual se analiza el indicador y se establece la metodología de medición.

RESULTADO 2023 (Línea Base del indicador): **0,86**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Lograr una captación de gestantes antes de la semana 12 para que reciban su primer control y sean inscritas al programa de control prenatal de la ESE para cada vigencia.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Realizar búsqueda activa institucional de mujeres en estado gravídico, a través de los grupos intra y extramurales de la ESE ISABU.
- Presentar en comité de historias clínicas la cohorte Materno-perinatal del periodo evaluado, como insumo principal que permita determinar la fecha de inscripción al programa vs edad gestacional, la valoración médica y atención recibida, la aplicación del indicador y el análisis de resultados.

META ANUAL DEL INDICADOR

Lograr un cumplimiento del resultado de la meta anual $\geq 0,85$

INDICADOR	FORMULA	2024	2025	2026	2027
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	$\frac{\text{Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación}}{\text{Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación.}}$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR

Informe del comité de historias clínicas que como mínimo contenga el listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación y que indique si se inscribió o no en el Programa de Control Prenatal, la Semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por el médico; aplicar la fórmula del indicador.

INDICADOR 22: INCIDENCIA SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS

DIAGNÓSTICO INICIAL

La incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga se revisa a través del Certificado expedido por el COVE Municipal donde se informa que se prestaron 2 casos de sífilis congénita, atendidos en la institución durante la vigencia 2023, lo cual genera un incumplimiento del indicador No. 22 de la Resolución 408/18.

RESULTADO 2023 (Línea Base del indicador): **Dos (2)**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Cumplir las obligaciones de la ESE en los casos de sífilis congénita diagnosticada de conformidad con la normatividad vigente.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Medir la apropiación de conocimiento del desarrollo del instrumento de auditoría para la Ruta Materno Perinatal utilizada para la evaluación de adherencia.
- Realizar talleres lúdico y pedagógico para la apropiación del conocimiento técnico y operativo de la RIA Materno – Perinatal, que incluye la búsqueda activa, control, tratamiento y seguimiento a las gestantes diagnosticadas con sífilis.
- Realizar seguimiento y evaluación técnica de adherencia de la RIA y socialización de resultados.

META ANUAL DEL INDICADOR

Mantener un resultado de la meta anual de Cero (0) Casos.

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos	Número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	Cero (0) Casos	Cero (0) Casos	Cero (0) Casos	Cero (0) Casos

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR

1. Cuando no existan casos de Sífilis congénita: concepto del COVE municipal o distrital que certifique la no existencia de casos.
2. Cuando existan casos de Sífilis Congénita: Concepto del COVE departamental o Distrital en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de Sífilis Congénita diagnosticado.

INDICADOR 23: EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

DIAGNÓSTICO INICIAL

De un total de 2.545 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (adscritos al Programa de Riesgo Cardiovascular), los cuales

corresponden al servicio de consulta externa y con ingreso de primera vez, en donde se seleccionó para auditar el 14% con una muestra de 360 historias analizadas en donde se evaluó la adherencia en la aplicación de la Guía de atención de enfermedad hipertensiva, cuya adopción se realizó mediante Resolución No. 395 del 9 de noviembre de 2018. Se observa que de las historias auditadas el 100% cumplen con los requisitos de la Guía, según el informe presentado en el comité de historias clínicas.

RESULTADO 2023 (Línea Base del indicador): **1,00**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Lograr resultados superiores al 90% de la aplicación de la guía de atención de enfermedad hipertensiva, según la muestra representativa de las historias clínicas relacionadas con este indicador, de acuerdo con herramientas estadísticas aplicables.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Medir la apropiación de conocimiento para el desarrollo del Instrumento de Auditoria para el manejo específico de la enfermedad hipertensiva utilizada para la evaluación de adherencia.
- Realizar talleres lúdico y pedagógico para la apropiación del conocimiento técnico y operativo manejo específico para enfermedad hipertensiva.
- Realizar seguimiento y evaluación técnica de adherencia del manejo específico para enfermedad hipertensiva y socialización de resultados.
- Elaboración de plan de intervención conforme a los resultados obtenidos
- Presentar informe en comité de historias clínicas que incluya el acto administrativo de adopción, definición y cuantificación de la muestra utilizada, aplicación de la fórmula del indicador y análisis de resultados.

META ANUAL DEL INDICADOR

Lograr una adherencia $\geq 0,9$ en la guía de atención de la enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE por parte de los profesionales de la salud.

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de la enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación ----- Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
enfermedad hipertensiva.	hipertensión arterial atendidos en la ESE en la Vigencia objeto de evaluación.				

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR

Informe del Comité de Historias Clínica que como mínimo contenga la referencia al acto administrativo de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

INDICADOR 24: EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA CRECIMIENTO Y DESARROLLO

DIAGNÓSTICO INICIAL

De un total de 5.477 consultas de ingreso de pacientes menores de 10 años de los servicios del Programa de Crecimiento y Desarrollo, los cuales corresponden al servicio de consulta externa y con ingreso de primera vez, en donde se seleccionó una muestra de 360 historias analizadas en donde se evaluó la adherencia en la aplicación de la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, cuya adopción se realizó mediante Resolución No. 395 del 9 de noviembre de 2018. Se observa que de las historias auditadas el 100% cumplen con los requisitos de la Guía, según el informe presentado en el comité de historias clínicas.

RESULTADO 2023 (Línea Base del indicador): **1,00**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Lograr resultados superiores al 80% de la aplicación de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo, según la muestra representativa de las historias clínicas relacionadas con este indicador, de acuerdo con herramientas estadísticas aplicables.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Medir la apropiación de conocimiento para el desarrollo del Instrumento de Auditoria para el momento del curso de vida de Primera Infancia e Infancia utilizada para la evaluación de adherencia.
- Realizar talleres lúdico y pedagógico para la apropiación del conocimiento técnico y operativo manejo específico de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud de Primera Infancia e Infancia.

- Realizar seguimiento y evaluación técnica de adherencia de la RIA Promoción y Mantenimiento de la Salud de Primera Infancia e Infancia y socialización de resultados.
- Elaboración de plan de intervención conforme a los resultados obtenidos
- Presentar informe en comité de historias clínicas que incluya el acto administrativo de adopción, definición y cuantificación de la muestra utilizada, aplicación de la fórmula del indicador y análisis de resultados.

META ANUAL DEL INDICADOR

Lograr un resultado de la meta anual de $\geq 0,8$

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	<p>Número de Historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación</p> <hr/> <p>Número de historias clínicas de niños(as) menores en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.</p>	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR

Ficha Técnica de la página web del SIHO del ministerio de Salud y Protección Social (2)

INDICADOR 25: REINGRESOS SERVICIO DE URGENCIAS

DIAGNÓSTICO INICIAL

Para el indicador de Reingreso por el servicio de Urgencias en menos de 72 horas por el mismo diagnóstico de egreso, se revisa la ficha técnica establecida en el Decreto 2193/04, cuya información se registra en la plataforma SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social trimestralmente. Para la vigencia 2023 se obtuvo un indicador satisfactorio.

RESULTADO 2023 (Línea Base del indicador): **0,002**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Lograr resultados satisfactorios de reingresos al servicio de urgencias en menos de 72 horas.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Realizar seguimiento al sistema de información que permita la identificación de los pacientes que reingresan a urgencias en menos de 72 horas por la misma causa.
- Retroalimentación de los hallazgos y análisis de los casos en el comité institucional.
- Intervención con la generación de planes de acción frente a las desviaciones presentadas en el servicio de urgencias, realizando seguimiento oportuno a la ejecución de las actividades planteadas.
- Monitorear el cargue oportuno de la información en la plataforma SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

META ANUAL DEL INDICADOR

Lograr un resultado de la meta anual de $\leq 0,03$

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	$\frac{\text{Número de pacientes que se reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación}}{\text{Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación.}}$	$\leq 0,03$	$\leq 0,03$	$\leq 0,03$	$\leq 0,03$

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR

Ficha Técnica de la página web del SIHO del ministerio de Salud y Protección Social (2)

INDICADOR 26: OPORTUNIDAD MEDICINA GENERAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

Para el indicador de la oportunidad promedio en la atención de consulta médica general, se revisa la ficha técnica establecida en el Decreto 2193/04, cuya información se registra en la plataforma SIHO del Ministerio de Salud y Protección

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

Social trimestralmente. Para la vigencia 2023 se obtuvo un indicador satisfactorio, en donde la oportunidad fue menor a 3 días para la asignación de estas citas.

RESULTADO 2023 (Línea Base del indicador): **2,41**

LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Lograr resultados inferiores a 3 días en la asignación de citas de medicina general por primera vez.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Fortalecer el procedimiento de asignación de citas de consulta médica, realizando seguimiento permanente al servicio de consulta externa.
- Fortalecer el número de horas médico que permita cubrir la demanda del servicio.
- Evaluar periódicamente la oportunidad de asignación de citas de medicina general por centro de costo y retroalimentar a los directores de zona.
- Cargar oportunamente la información de asignación de citas de consulta de medicina general en la plataforma SIHO.

META ANUAL DEL INDICADOR

Lograr un resultado de la meta anual de $\leq 0,3$

INDICADOR	FÓRMULA	2024	2025	2026	2027
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	$\frac{\text{Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación}}{\text{Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.}}$	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR

Ficha Técnica de la página web del SIHO del ministerio de Salud y Protección Social.

11.3. PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

- **PASO 1.** El gerente de la ESE presenta el Proyecto de Plan de Gestión dentro de los 30 días hábiles siguientes a su posesión en el cargo.
- **PASO 2.** El Proyecto de Plan de Gestión debe ajustarse a las condiciones y metodología definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 408 de 2018 o la norma que lo modifique o sustituya.
- **PASO 3.** La Junta Directiva debe aprobar el Proyecto de Plan de Gestión del Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación.
- **PASO 4.** El gerente podrá presentar observaciones al Proyecto de Plan de Gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los 10 días hábiles siguientes.
- **PASO 5.** En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de Plan de Gestión durante el término establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el gerente se entenderá aprobado.

11.4. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN ANUAL

- **PASO 1.** El Gerente de la ESE presenta a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión a más tardar el 1° de abril de cada año, con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología son los normados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Teniendo en cuenta el artículo 3 de la Resolución 408 de 2018 si el gerente no se desempeñó durante la totalidad de la vigencia, no se realizará evaluación respecto de dicha vigencia.
- **PASO 2.** La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del Plan de Gestión del Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.
- **PASO 3.** Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.
- **PASO 4.** La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la

misma Junta, y de apelación en el efecto suspensivo ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.

- **PASO 5.** Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y ésta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del Gerente aún sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

12. SOCIALIZACIÓN, DESPLIEGUE Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

- Programar y citar sesión ordinaria u extraordinaria de la Junta Directiva para aprobación del Plan de Gestión, dentro de los términos legales.
- Diseñar cronograma de socialización del Plan de Gestión en todos los niveles de la ESE.
- Establecer actividades de seguimiento y monitorización periódica al Plan de Gestión aprobado.

13. ANEXOS

Se adjuntan los siguientes Anexos que hacen parte de la Resolución 408 de 2018:

- **Anexo 2. Matriz de Diagnóstico**

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	FÓRMULA	LÍNEA BASE (2023)	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	ESTADO ACTUAL
Dirección y Gerencia (20%)	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a Entidades No Acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de Autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la Autoevaluación de la vigencia anterior.	1.13	$\geq 1,2$	Para 2023: Certificación de Autoevaluación del sexto ciclo de mejoramiento, realizada en diciembre con una calificación de 2,7 y un crecimiento del 1,13 frente al 2022. Certificación de la Oficina de Calidad con este resultado.

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	FÓRMULA	LÍNEA BASE (2023)	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	ESTADO ACTUAL
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	1.00	>=0,9	Se cuenta con el reporte de cumplimiento del cargue de información sobre el cumplimiento del PAMEC ante la Supersalud. Verificación de cumplimiento por parte de la Secretaría de Salud Departamental donde se sustenta el cumplimiento del PAMEC.
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.	0.96	>=0,9	Certificación POA 2023 por parte de la Oficina de Planeación: contiene el listado de las metas del POA del Plan de Desarrollo aprobado programadas en la vigencia 2023, indica el estado de cumplimiento de cada una (cumple/no cumple) y el cálculo del indicador.
Financiera y Administrativa (40%)	4	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.	N/A	Sin riesgo fiscal y financiero	El ISABU no se encuentra ejecutando ningún programa de saneamiento fiscal y financiero. La Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social No. 851 del 30 de mayo de 2023 categorizó a la institución en Riesgo Bajo - Sin riesgo.
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida	((Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia anterior)).	0.99	<=0,90	Ficha técnica del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con la información reportada por el ISABU durante la vigencia 2023. Muestra la variación entre el cálculo de los gastos de funcionamiento y operación comercial comprometidos Vs las UVR producidas entre las vigencias 2022 y 2023.
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada	0.99	>=0,7	Certificación de Revisoría Fiscal, donde evidencia cumplimiento para 2023, por cuanto las compras por el mecanismo electrónico cumple el estándar (\$6.325.594.825).

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	FÓRMULA	LÍNEA BASE (2023)	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	ESTADO ACTUAL
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de la evaluación. (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior).	0	Cero (0) o variación negativa	Certificación de Revisoría Fiscal, la cual contiene el cumplimiento de los pagos al personal de planta y contratación de servicios superior a 30 días, el cual fue cero para la vigencia 2023.
	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación.	4	4	La Oficina de Planeación certificó la presentación en Junta Directiva del informe RIPS, cuyas actas contienen en el orden del día esta presentación, fecha y periodo de los RIPS.
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de cuantas por cobrar de vigencias anteriores) / (Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación). Incluye el valor comprometido de cuentas por pagar de vigencias anteriores).	1.14	>=1	Ficha técnica del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual se calcula el indicador de conformidad con la información cargada por el ISABU.
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.	CUMPLE	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Información generada por la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con el cargue oportuno de los formatos de la Circular Única por parte del ISABU.
	11	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.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.	CUMPLE	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Información generada por el Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con el reporte oportuno de la información del Decreto 2193 de 2004 por parte del ISABU.

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	FÓRMULA	LÍNEA BASE (2023)	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	ESTADO ACTUAL
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación.	0.86	>=0,85	Informe del comité de historias clínicas el cual contiene el listado de la totalidad de mujeres gestantes en la vigencia, indicando si se inscribieron en el Programa de Control Prenatal, la semana de gestación al momento de inscripción y si fue valorada por el médico, así como la aplicación de la fórmula del indicador y análisis de los resultados.
	22	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos por la ESE.	Número de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	2.00	0 casos	Concepto del COVE municipal que certificó el nivel de cumplimiento de las obligaciones del ISABU en los casos de sífilis diagnosticados.
	23	Evaluación de la aplicación de Guía de Manejo Específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la Guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	1.00	>=0,9	Informe del comité de historias clínicas donde se refiere el acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada, se aplicó la fórmula del indicador y se analizaron resultados.
	24	Evaluación de aplicación de Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños menores de 10 años a quienes se les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación / Número de historias clínicas de niños menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	1	>=0,8	Informe del comité de historias clínicas donde se refiere el acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada, se aplicó la fórmula del indicador y se analizaron resultados.

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	FÓRMULA	LÍNEA BASE (2023)	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	ESTADO ACTUAL
	25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación.	0.002	<=0,03	Ficha técnica del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con el reporte oportuno de la información del ISABU con respecto a los reingresos al servicio de urgencias en menos de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso, en la vigencia 2023.
	26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	2.41	<=3	Ficha técnica del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con el reporte oportuno de la información del ISABU con respecto a la oportunidad de asignación de citas de medicina general en la vigencia 2023.

• Anexo 3. Matriz de Logros y Compromisos

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS DE LA GERENCIA (4 AÑOS)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
Dirección y Gerencia (20%)	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Avanzar en el mejoramiento de calidad, logrando incrementos anuales del 20% en la Autoevaluación de los estándares superiores de calidad en el periodo de gestión 2024-2027	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avanzar en estándares superiores de calidad de acuerdo con las Resoluciones 2082/14 y 5095/18, generando el informe de Autoevaluación por cada ciclo de mejoramiento. 2. Realizar seguimiento periódico al cumplimiento del Sistema Único de Acreditación que permitan mejoras en la Autoevaluación cuantitativa y cualitativa, verificando resultados frente a la vigencia anterior. 3. Avanzar en el cumplimiento de las condiciones de habilitación establecidas por la normatividad vigente.
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Obtener resultados superiores al 90% de cumplimiento de las acciones de mejoramiento programadas en el PAMEC para cada vigencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar cumplimiento a las oportunidades de mejora priorizadas de acuerdo con el ciclo anual de mejoramiento para cada vigencia y la ruta crítica del PAMEC. 2. Realizar seguimiento a los ciclos de mejoramiento (PHVA) para cada oportunidad de mejora de los grupos de estándares del SUA. 3. Capacitar en acreditación, ruta crítica del PAMEC y actividades a desarrollar a responsables y partes interesadas. 4. Generar informe anual de cumplimiento del PAMEC

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS DE LA GERENCIA (4 AÑOS)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Obtener resultados superiores al 90% de las metas propuestas en el Plan de Acción Anual del Plan de Desarrollo para cada vigencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar el plan de desarrollo institucional para la vigencia 2024 a 2027 para aprobación de Junta Directiva 2. Formular el Plan de Acción Anual de cada área para aprobación del Comité de Gestión y Desempeño, articulado al Plan de Desarrollo. 3. Realizar seguimiento trimestral a los avances del Plan de Acción por vigencia. 4. Reportar la información anual en Contraloría Municipal (SIA Contraloría). 5. Adecuar la capacidad instalada de la ESE ISABU de acuerdo con las necesidades de salud de la población atendida.
Financiera y Administrativa (40%)	4	Riesgo fiscal y financiero.	Mantener la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga sin riesgo financiero	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer las acciones de seguimiento a la gestión financiera institucional y de racionalización de costos y gastos sin afectar la calidad en la prestación de los servicios. 2. Fortalecer los procesos de venta de servicios de salud, ajustando el portafolio y las tarifas de acuerdo con las condiciones del sector. 3. Fortalecer el proceso de facturación y radicación que permita reducir las glosas y devoluciones. 4. Diagnosticar y si hay lugar a ello ajustar los procesos de radicación, gestión de glosas, conciliaciones y cartera que resulten en un mejor recaudo y mayor flujo de recursos hacia la ESE. 5. Diagnosticar la eficiencia y eficacia del actual sistema de información y evaluar si hay lugar al cambio por uno que integre las diferentes áreas y que genere información válida, completa, confiable, segura y oportuna.
	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo (UVR) producida.	Lograr un gasto por unidad de valor relativo (UVR) menor al 0,9 para cada vigencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar seguimiento permanente a la producción de servicios, proyectando el costo por UVR producida Versus el gasto comprometido y proyectado que genere eficiencia entre lo producido y lo gastado. 2. Establecer puntos de control medibles entre el recaudo por ventas de servicio de salud frente a los compromisos de gastos de funcionamiento, mejorando la productividad en los servicios prestados y logrando eficiencia en el uso de los recursos. 3. Implementar estrategias de austeridad en el gasto y optimización de recursos que generen mejoramiento en los indicadores de eficiencia hospitalaria. 4. Revisar y ajustar los costos de producción acorde a los servicios prestados.

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS DE LA GERENCIA (4 AÑOS)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	Realizar la compra de medicamentos y dispositivos médicos superior al 70% anual por alguno de los mecanismos establecidos en la resolución 408 de 2018.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar la viabilidad de realizar alianzas estratégicas con otras ESE de la Región. 2. Revisar la viabilidad del incremento en las compras de medicamentos y material médico quirúrgico con las cooperativas de las ESE regionales. 3. Revisar la viabilidad de realizar compras a través de mecanismos electrónicos.
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Disminuir o mantener en cero la deuda superior a 30 días para el personal de planta y por concepto de contratación de servicios.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer estrategias de gestión de recursos tales como el fortalecimiento del proceso de radicación, recuperación de cartera y recaudo producto de la venta de servicios, que mejoren el flujo de efectivo para respaldar y pagar oportunamente la operación normal de la ESE. 2. Realizar seguimiento y control de las obligaciones laborales y contractuales de servicios de conformidad con las disposiciones legales y los procedimientos establecidos para tal fin.
	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS.	Presentar ante la junta directiva mínimo 4 informes al año de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar de manera permanente el seguimiento a la consolidación y análisis de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios - RIPS, presentando periódicamente en Junta Directiva la cantidad de egresos por lugar de procedencia, por servicio, género, edad, plan de beneficios, causa externa de ingreso, distribución de la población atendida, comparativo de facturación y EAPB y demás información relevante asociada.
	9	Resultado Presupuestal Recaudado. Equilibrio con	Lograr la sostenibilidad presupuestal de la institución en términos de recaudo frente a los gastos comprometidos y pago de deudas de vigencias anteriores, de conformidad con lo establecido en la Resolución 408/18.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar el diagnóstico y posible ajuste al proceso de facturación y radicación que permitan un adecuado y oportuno recaudo. 2. Realizar seguimiento a los costos y gastos de la ESE con énfasis en austeridad en el gasto sin afectar la calidad del servicio. 3. Fortalecer el proceso de cartera, realizando seguimiento a las acciones legales, conciliaciones, acuerdos de pago y demás acciones que mejoren el flujo de efectivo por venta de servicios y otras fuentes de ingresos. 4. Diagnosticar la eficiencia y eficacia del actual sistema de información y evaluar si hay lugar al cambio por uno que integre las diferentes áreas y permita generar información válida, completa, confiable, segura y oportuna, que impacte el flujo de recursos hacia la ESE.

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS DE LA GERENCIA (4 AÑOS)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
	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.	Reportar oportunamente los formatos correspondientes a la Circular Única de la Supersalud.	1. Definir e implementar mecanismos de control para el reporte oportuno de los informes de Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con la normatividad vigente, por parte de cada responsable.
	11	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.	Reportar oportunamente la información al Ministerio de Salud, en cumplimiento del Decreto 2193/14.	1. Sustentar oportunamente la información del Decreto 2193 de 2004 a la Secretaría de Salud Departamental. 2. Establecer los mecanismos de control para el reporte oportuno de los Informes del Decreto 2193/14 de conformidad con la normatividad vigente, por parte de cada responsable.
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	Captar e inscribir a las gestantes en el Programa de Control Prenatal del ISABU, antes de la semana 12 de gestación.	1. Realizar búsqueda activa institucional de mujeres en estado gravídico, a través de grupos intra y extramurales de la ESE ISABU, a través de estrategias de captación con las usuarias atendidas. 2. Presentar en comité de historias clínicas la cohorte Materno-perinatal del periodo evaluado, como insumo principal que permita determinar la fecha de inscripción al programa vs edad gestacional, la valoración médica y atención recibida, la aplicación del indicador y el análisis de resultados.
	22	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos por la ESE.	Cumplir las obligaciones de la ESE en los casos de sífilis congénita diagnosticada de conformidad con la normatividad vigente.	1. Realizar talleres lúdico y pedagógico para la apropiación del conocimiento técnico y operativo de la RIA Materno – Perinatal, que incluye la búsqueda activa, control, tratamiento y seguimiento a las gestantes diagnosticadas con sífilis. 2. Medir la apropiación de conocimiento del desarrollo del instrumento de auditoría para la Ruta Materno Perinatal utilizada para la evaluación de adherencia. 3. Realizar seguimiento y evaluación técnica de adherencia de la RIA y socialización de resultados.

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS DE LA GERENCIA (4 AÑOS)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
	23	Evaluación de la aplicación de Guía de Manejo Específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.	Lograr resultados superiores al 90% de la aplicación de la guía de atención de enfermedad hipertensiva, según la muestra representativa de las historias clínicas relacionadas con este indicador.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar talleres lúdico y pedagógico para la apropiación del conocimiento técnico y operativo manejo específico de la Guía para enfermedad hipertensiva. 2. Medir la apropiación de conocimiento para el desarrollo del Instrumento de Auditoria para el manejo específico de la enfermedad hipertensiva utilizada para la evaluación de adherencia. 3. Realizar seguimiento y evaluación técnica de adherencia del manejo específico para enfermedad hipertensiva y socialización de resultados. 4. Elaboración de plan de intervención conforme a los resultados obtenidos. 5. Presentar informe en comité de historias clínicas que incluya el acto administrativo de adopción, definición y cuantificación de la muestra utilizada, aplicación de la fórmula del indicador y análisis de resultados.
	24	Evaluación de aplicación de Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo.	Lograr resultados superiores al 80% de la aplicación de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo, según la muestra representativa de las historias clínicas relacionadas con este indicador.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar talleres lúdico y pedagógico para la apropiación del conocimiento técnico y operativo manejo específico de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud de Primera Infancia e Infancia. 2. Medir la apropiación de conocimiento para el desarrollo del Instrumento de Auditoria para el momento del curso de vida de Primera Infancia e Infancia utilizada para la evaluación de adherencia. 3. Realizar seguimiento y evaluación técnica de adherencia de la RIA Promoción y Mantenimiento de la Salud de Primera Infancia e Infancia y socialización de resultados. 4. Elaboración de plan de intervención conforme a los resultados obtenidos. 5. Presentar informe en comité de historias clínicas que incluya el acto administrativo de adopción, definición y cuantificación de la muestra utilizada, aplicación de la fórmula del indicador y análisis de resultados.

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS DE LA GERENCIA (4 AÑOS)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
	25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.	Lograr resultados satisfactorios de reingresos al servicio de urgencias en menos de 72 horas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar seguimiento al sistema de información que permita la identificación de los pacientes que reingresan a urgencias en menos de 72 horas por la misma causa. 2. Retroalimentación de los hallazgos y análisis de los casos en el comité de seguridad del paciente. 3. Intervención con la generación de planes de acción frente a las desviaciones presentadas en el servicio de urgencias, realizando seguimiento oportuno a la ejecución de las actividades planteadas. 5. Monitorear el cargue oportuno de la información en la plataforma SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
	26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General.	Lograr resultados inferiores a 3 días en la asignación de citas de medicina general por primera vez.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer el procedimiento de asignación de citas de consulta médica, realizando seguimiento permanente al servicio de consulta externa. 2. Fortalecer el número de horas médico que permita cubrir la demanda del servicio. 3. Evaluar periódicamente la oportunidad de asignación de citas de medicina general por centro de costo y retroalimentar a los directores de zona. 4. Cargar oportunamente la información de asignación de citas de consulta de medicina general en la plataforma SIHO.

• Anexo 4. Matriz de Metas del Periodo

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	METAS PARA LOS PERIODOS			
			2024	2025	2026	2027
Dirección y Gerencia (20%)	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	> 3,0	> 3,0	> 3,0	> 3,0
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	>= 0,90	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9
Financiera y Administrativa (40%)	4	Riesgo fiscal y financiero	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo
	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo (UVR) producida	< 0,9	< 0,90	< 0,90	< 0,90

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	METAS PARA LOS PERIODOS			
			2024	2025	2026	2027
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	> = 0,70	> = 0,70	> = 0,70	> = 0,70
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	Variación negativa con respecto a la vigencia anterior	Variación negativa con respecto a la vigencia anterior	Variación negativa con respecto a la vigencia anterior	Variación negativa con respecto a la vigencia anterior
	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS	Por lo menos 4 informes presentados a Junta Directiva	Por lo menos 4 informes presentados a Junta Directiva	Por lo menos 4 informes presentados a Junta Directiva	Por lo menos 4 informes presentados a Junta Directiva
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	> = 1	> = 1	> = 1	> = 1
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Presentación oportuna	Presentación oportuna	Presentación oportuna	Presentación oportuna
	11	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.	Presentación oportuna	Presentación oportuna	Presentación oportuna	Presentación oportuna
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	>=0,85	>=0,85	>=0,85	>=0,85
	22	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos por la ESE.	0 casos	0 casos	0 casos	0 casos
	23	Evaluación de la aplicación de Guía de Manejo Específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.	>=0,9	>=0,9	>=0,9	>=0,9

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	METAS PARA LOS PERIODOS			
			2024	2025	2026	2027
	24	Evaluación de aplicación de Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo.	>=0,8	>=0,8	>=0,8	>=0,8
	25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	<=0,03	<=0,03	<=0,03	<=0,03
	26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General.	<=3	<=3	<=3	<=3

• Anexo 5. Matriz de Evaluación

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LÍNEA BASE	RESULTADO PERIODO EVALUADO	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN	RESULTADO PONDERADO
Dirección y Gerencia (20%)	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades NO acreditadas	Incremento en la Autoevaluación > =1,2			0.05	0
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	>= 0,90			0.05	0
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	>= 0,90			0.10	0
	4	Riesgo fiscal y financiero	Sin Riesgo	N/A	N/A	0.00	0
Financiera y Administrativa (40%)	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo (UVR) producida	< 0,9			0.057	0
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	> = 0,70			0.057	0
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	Variación negativa con respecto a la vigencia anterior			0.057	0

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LÍNEA BASE	RESULTADO PERIODO EVALUADO	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN	RESULTADO PONDERADO
	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Por lo menos 4 informes presentados a Junta Directiva			0.057	0
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	> = 1			0.057	0
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Presentación oportuna			0.057	0
	11	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.	Presentación oportuna			0.057	0
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	>=0,85			0.08	0
	22	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos por la ESE.	0 casos			0.08	0
	23	Evaluación de la aplicación de Guía de Manejo Específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.	>=0,9			0.07	0
	24	Evaluación de aplicación de Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo.	>=0,8			0.06	0
	25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	<=0,03			0.05	0
	26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General.	<=3			0.06	0
CALIFICACIÓN EVALUACIÓN ANUAL					TOTAL	100%	0.00

HERNÁN DARÍO ZÁRATE ORTEGÓN
GERENTE