

INFORME DE AUDIENCIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2021

**RED DE SALUD DE LADERA
E.S.E.**

**MARIA PIEDAD ECHEVERRI
CALDERÓN**

GERENTE

Sede Administrativa
Calle 5c # 39-51 Barrio Tequendama PBX 608 0124
Web: www.saludladera.gov.co Nit. 805.027.289-9
"Inteligente por la Vida"



JUNTA DIRECTIVA RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.	
MIYERLANDI TORRES AGREDO	Presidente Delegada Alcalde Distrital
NHORA CECILIA ESPINOSA	Delegada Secretaria de Salud Distrital
LUZ KARIME GAVIRIA PRIETO	Representante Funcionarios Asistenciales
VIVIANA SOTO OSPINA	Representante Funcionarios Administrativos
SAÚL ALZATE MESA	Representante Asociaciones de Usuarios ante Junta Directiva
MARIA PIEDAD ECHEVERRI CALDERON	Gerente Red de Salud de Ladera E.S.E. – Secretario de la Junta

INTRODUCCIÓN

Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos municipales según su naturaleza. El objetivo de las Empresas Sociales del Estado será la prestación de servicio de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud. De conformidad con lo establecido en los artículos 194 a 197 de la Ley 100 de 1993, las Empresas Sociales del Estado, para cumplir con su objeto deben orientarse por los principios básicos de eficiencia y calidad.

Cada Empresa Social del Estado estará dirigida por un Gerente cuyo nombramiento será realizado por el Jefe de la respectiva Entidad Territorial quien a su vez preside la Junta Directiva de la misma. Los Alcaldes deberán realizar el nombramiento del Gerente de cada ESE constituida dentro de su territorio, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión.

Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Alcalde. Dentro de dicho periodo, sólo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley .

Una vez posesionado el Gerente de la ESE, deberá presentar a la Junta Directiva el plan de gestión a ser ejecutado durante el período 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 relacionados 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 Director o Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado 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 serán los definidos a la fecha por la Resolución 408 de 2018.

Una vez presentado el informe anual de la gestión, la Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del mismo, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación. Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación. 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.

Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o 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 este, la remoción del Director o Gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente.

De acuerdo con los anteriormente expuesto, el Plan de Gestión Gerencial se constituye en el documento guía para el ejercicio de la gerencia de toda Empresa



Social del Estado, cuyo cumplimiento se debe medir anualmente a través de los indicadores definidos en la normatividad.

El informe anual que a continuación se presenta fue construido bajo la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, y corresponde con el Plan de Gestión Gerencial aprobado en sesión de Junta Directiva de agosto 12 de 2021 de la Red de Salud de Ladera E.S.E., para el periodo 2020-2023; en él se incluyen los resultados alcanzados en la vigencia 2021 frente a las metas y compromisos de gestión, con el soporte y la fuente de la información de cada uno de los indicadores aquí evaluados.

Sede Administrativa

Calle 5c # 39-51 Barrio Tequendama PBX 608 0124

Web: www.saludladera.gov.co Nit. 805.027.289-9

"Inteligente por la Vida"



2. MODELO DE GESTION

Nuestro modelo de gestión se basa en propósitos, principios, máximas y acciones que buscan alcanzar nuestros objetivos institucionales, que para el año 2021 fueron ajustados de la siguiente manera:

- **Misión:** Somos una empresa de salud modelo en atención integral, eficiente y confiable; promocionando la docencia y la investigación, prestando atención domiciliaria y rural con calidad.
- **Visión:** Innovar para llegar al 2023 con un modelo de salud inteligente que garantice liderazgo, humanización y sostenibilidad, convirtiéndonos en un referente nacional en la telemedicina.

3. OBJETIVO GENERAL

Presentar los resultados del Plan de Gestión Gerencial de la Red de Salud de Ladera E.S.E de Cali-Valle, para el periodo enero – diciembre 2021, de acuerdo con los resultados de los indicadores establecidos en la Ley 1438 de 2011 en sus artículos 72 y 74, la resolución 743 de 2013 y 408 de 2018

3. MARCO JURÍDICO

- Constitución Política de Colombia de 1991.
- La ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, la primera crea el sistema general de seguridad social en salud, la segunda y tercera lo modifican en algunos apartes y esta última además definen 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 del orden territorial.
- La ley 152 de 1994: Por la cual se establece la ley orgánica del plan de Desarrollo. Ley 715 del 21 de diciembre de 2004: define "Las competencias y recursos para los entes territoriales del orden municipal y departamental"
- Decreto 1011 de 2006: Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
- Resolución 2181 de 2008, Expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público.
- Resolución 5095 de 2018 "Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1"
- Resolución 256 de 2016, Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
- Resolución 710 de 2012, Por medio de la cual se adopta las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de Gestión por parte de los gerentes o directores de 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.
- Resolución 3100 de 2019, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que

Sede Administrativa

Calle 5c # 39-51 Barrio Tequendama PBX 608 0124

Web: www.saludladera.gov.co Nit. 805.027.289-9

"Inteligente por la Vida"





deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

Sede Administrativa
Calle 5c # 39-51 Barrio Tequendama PBX 608 0124
Web: www.saludladera.gov.co Nit. 805.027.289-9
"Inteligente por la Vida"



CO-SC 7215-1

5. GENERALIDADES DEL PLAN DE GESTIÓN

El plan de gestión en una Empresa Social del Estado, se realiza con el fin de definir las actividades y logros a desarrollar así como las metas de los indicadores de gestión y resultados relacionados con la producción y el mejoramiento de la calidad, eficiencia en la prestación de los servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos de la misma; condensa la información cualitativa y cuantitativa de los compromisos que el Gerente establece ante la Junta Directiva para la vigencia de la designación de su cargo, conforme a la estructura y áreas de gestión:

Gestión de Dirección y Gerencia: se relaciona con el cumplimiento de logros estratégicos y el desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Gestión Financiera y Administrativa: La gestión financiera relacionada con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y la gestión administrativa se encuentra alineada con la perspectiva de desarrollo.

Gestión Clínica o Asistencial: Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria de la entidad.

Dentro del universo de un 100% de cumplimiento de la gestión, el valor se distribuye de acuerdo a las áreas de la siguiente manera:

- ✓ Dirección y Gerencia. 20%
- ✓ Financiera y Administrativa. 40%
- ✓ Clínica o asistencial. 40%

La gestión evaluada lleva a un puntaje que según la escala de resultados se tendrá calificación satisfactoria o insatisfactoria.

ESCALA DE RESULTADOS		
Rango de calificación	Criterio	Cumplimiento
Puntaje entre 0.0 y 3.49	Insatisfactorio	Menor del 70%
Puntaje entre 3.50 y 5.00	Satisfactorio	Mayor del 70%

Fuente: Resolución 710 de 2012 Anexo # 5

Los indicadores y estándares para la gestión que rigen a la E.S.E corresponden al grupo seleccionados para instituciones de I nivel de atención. Conforme al anexo técnico de la Resolución 408 de 2018, a la institución le aplican el análisis y evaluación de 17 indicadores.

Grupo de área	No de indicadores
Direccionamiento y gerencia	3
Gestión financiera y administrativa	8
Gestión clínica y asistencial	6

6. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

AREA DE GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

Indicador 1 –Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas, no acreditadas con o sin autoevaluación en la vigencia anterior.

A la Red de Salud de Ladera E.S.E, le aplica la opción número 2 para este indicador correspondiente a: Mejoramiento Continuo de Calidad aplicable a Entidades No Acreditadas con Autoevaluación en la Vigencia anterior.

Fórmula del indicador

Numerador	Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia 2020
Denominador	Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia 2019

A continuación se presenta la calificación de la autoevaluación con base en los estándares de acreditación, por grupo de estándar:

Estándares de Acreditación	Calificación	
	2021	2020
Proceso de atención al Cliente Asistencial	2,5	2,1
Direccionamiento	2,4	1,9
Gerencia	2,4	1,9
Gerencia de la Información	2,6	2,0
Gestión del Ambiente Físico	2,2	2,0
Gerencia del Talento Humano	2,4	1,9
Gestión de Tecnología	2,7	2,0
Mejoramiento de la Calidad	2,4	1,9
Resultado	2.45	1,95

Resultado de la evaluación:

Indicador No.	Estándar para cada año	Línea de base Autoevaluación 2020	Autoevaluación 2021	Resultado
1	≥ 1,20	1,95	2,45	1.26

La gestión realizada en la institución se expresa en los avances que ha tenido en los procesos y servicios de la Red de Salud de Ladera E.S.E. Esto se evidencia en el cumplimiento de atributos de calidad de la Norma ISO 9001:2015, la cual fue otorgada para la organización en el año 2017 y se obtuvo la renovación de la certificación en el mes de octubre de 2021.

En desarrollo del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Red de Salud Ladera E.S.E., se aplicó la metodología definida en el Manual de Acreditación 3.1 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social para la obtención de la calificación de autoevaluación de estándares para el ciclo de acreditación en salud, con la cual la Red de Salud ladera E.S.E. obtuvo un puntaje de 2,45 para la vigencia 2021.

Se logró mejorar la calificación obtenida en la autoevaluación de estándares de acreditación pasando de una calificación de 1,95 en el 2020 a 2,45 en el 2021, lo cual demuestra un mejoramiento en el desempeño de los procesos que conforman la Red de Salud de Ladera E.S.E. Al aplicar la fórmula del indicador se obtuvo una variación de las dos Vigencias de 1,26.

Conforme a lo anterior se fortaleció la plataforma SIGES para el cálculo automático de evaluación de estándares, seguimiento y cargue de evidencias.

Se realizó campaña de Acreditación con priorización en los estándares asistenciales, Ambiente Físico, Talento Humano, Gerencia y Seguridad del Paciente.

Se realizaron las Auditorías interna de Calidad con componente de acreditación.

Soporte de la Información	Anexo1a - Autevaluación de Estandares de Acreditacion 2020-2021
	Anexo 1b - Certificación de autoevaluación de estándares de acreditación

Indicador 2 –Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad Sede Administrativa

Calle 5c # 39-51 Barrio Tequendama PBX 608 0124
Web: www.saludladera.gov.co Nit. 805.027.289-9
"Inteligente por la Vida"



de la atención en salud.

Formula del Indicador

Sede Administrativa
Calle 5c # 39-51 Barrio Tequendama PBX 608 0124
Web: www.saludladera.gov.co Nit. 805.027.289-9
"Inteligente por la Vida"



CO-SC 7215-1

Numerador	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas
Denominador	Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC

Resultado de la evaluación:

Cumplimiento de las acciones de mejora		
Criterio	2020	
	N. Acciones	% Ejecución
Acciones ejecutadas	73	100%
Acciones parcialmente ejecutadas	0	0%
Acciones sin iniciar	0	0%
Total de acciones	73	100%

En cuanto a la efectividad del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), se programaron para el 2021 un total de 73 acciones de mejoramiento derivadas de los planes de mejora, las cuales fueron gestionadas apropiadamente durante la vigencia permitiendo realizar el cierre de las mismas. Es importante aclarar que la información de planes de mejoramiento continuo son reportadas a la Superintendencia nacional de salud, quienes realizan el seguimiento y evaluación de las mismas, generando el resultado para este indicador a través de la Superintendencia delegada para prestadores de servicios de salud.

Indicador No.	Estándar	Línea Base 2019	Año 2020	Año 2021
2	=> 0,9	100%	100%	100%

La Superintendencia delegada publico en su página web los resultados de la evaluación de los indicadores 2 y 10, en la cual se evidencia que la Red de Salud de Ladera E.S.E, tuvo una calificación de 1.0 que de acuerdo al anexo técnico de la Resolución 408 de 2018, esto le otorga una calificación de 5 a este indicador.

Soporte de la Información	Anexo 2 - Certificación Resultado Indicador No. 2 - Supersalud
----------------------------------	--

Indicador 3 – Gestión Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

Formula del Indicador

Numerador	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación
Denominador	número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación

Resultado de la evaluación:

Concluido el Año 2021, la gestión realizada para dar cumplimiento a las metas propuestas desde el Plan de Desarrollo 2020-2023 arrojó un cumplimiento de 90.6 %

LINEA ESTRATEGICA		METAS PLANEADAS	METAS CUMPLIDAS	% CUMPLIMIENTO
1: Ladera eficiente y con calidad		7	7	100%
2: Ladera unida por la vida		18	17	94%
3: Ladera sostenible y transparente		7	4	57%
4: Ladera innovadora e inteligente		4	4	100%
5: Ladera gestionando recursos físicos con seguridad		2	2	100%
6: Ladera con responsabilidad social y ambiental		5	5	100%
CUMPLIMIENTO METAS PLAN		43	39	90.6
Indicador No.	Estándar	Línea Base	Año 2020	Año 2021
3	<u>≥ 0.90</u>	52%	84%	90,6%

Análisis comparativo de Metas
Se cumple con un 90.6 % la ejecución de metas
Logros - compromisos
<ul style="list-style-type: none"> • Para lograr el cumplimiento de metas de cada objetivo, la ESE desarrolló su plan operativo de la vigencia, que le permitió establecer estrategias y acciones operativas para alcanzar las metas planteadas. El plan operativo fue diseñado con un enfoque de gestión diaria en territorio, así como macro actividades a nivel de toda la organización. La responsabilidad sobre las acciones se estableció a nivel estratégico para el equipo directivo de la ESE y a nivel operativo a través de las líderes de proceso, con su respectivo equipo técnico administrativo y asistencial. • Para el cumplimiento del plan de desarrollo se realizó un despliegue de socialización a todo el talento humano de la organización (Encuesta en línea de conocimiento del Plan de Desarrollo), a través de mesas técnicas, charlas, agenda institucional, pantallas institucionales e intranet. • Para su funcionamiento se apropiaron los recursos necesarios del presupuesto de la vigencia y se ejecutaron en cumplimiento de las metas planteadas. • El seguimiento se realizó de manera mensual a cada uno de los indicadores, los cuales se desagregaron al nivel de IPS, para hacer evaluación cruzada entre lo general y el resultado individual de cada IPS. Ante el desvío de un indicador.

Soporte de la Información	Anexo 3 - Certificación Ejecución Plan de Desarrollo
----------------------------------	--

ÁREA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Indicador 4 – Índice de Riesgo Fiscal y Financiero

Formula del Indicador

Criterio	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero
----------	--

La categorización del riesgo para la vigencia 2021 fue suspendida conforme lo dispuesto en el artículo 6 Resolución 856 del 2021 "se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID- 19 hasta el término de emergencia sanitaria.", por lo anterior para esta vigencia la calificación no aplica, y en este sentido se encuentra publicado en la ficha técnica del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2 Resolución 743 de 2013 "Cuando uno de los indicadores no sea aplicable a la empresa social del Estado, la ponderación establecida para ese indicador, definida en el anexo 3, se distribuirá proporcionalmente de acuerdo con el peso de cada una de las ponderaciones de los indicadores restantes que hacen parte de la misma área de gestión, aplicables de acuerdo con el nivel de atención de la ESE". De acuerdo a lo anterior la Calificación para este indicador es de 5.

Resultado de la evaluación:

No.	Estándar	Línea Base	Año 2020	Año 2021
4	<u>Sin riesgo</u>	Riesgo bajo	N/A	N/A

Soporte de la Información	Anexo 4a - Ficha técnica SIHO - Red de Salud de Ladera Anexo 4b - Certificación Revisoría Fiscal - Riesgo financiero
----------------------------------	---

Indicador 5 – Evolución del gasto por unidad de valor producida

Formula del Indicador

Numerador	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación)
Denominador	(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 UVR producidas en la vigencia anterior)]

Este indicador se calcula con base a la información reportada ante el Ministerio de Salud y Protección Social y conforme el Decreto 2193 de 2004, el cual mide la variación de los gastos entre periodos respecto a las unidades de producción.

La evaluación de las UVR se determina con las actividades asistenciales determinadas por el Ministerio en el análisis de producción, para lo prestadores de nivel I de complejidad, las cuales sumadas establecen la producción equivalente (UVR).

Lo que se pretende medir con este indicador es la optimización del gasto frente a la producción.

Comparativo Evolución del Gasto por unidad de valor relativo 2020-2021

Variable / Año	2020	2021
Total, gastos comprometidos del año evaluado. (Millones pesos)	44.043.772.947	50.952.249.471
Producción equivalente a UVR producidas en la vigencia	1.787.448,44	2.168.280,21
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR	24.640,58	23.498,92
Resultado		0,95

Indicador No.	Estándar Normativo	Línea Base 2019	Año 2020	Año 2021
5	<= 0,90	1,05	1,51	0,95

Análisis comparativo de Metas

La Red de Salud de Ladera ESE durante a vigencia 2021, alcanzo un equilibrio entre gastos de funcionamiento y número de unidades de valor relativo de los años 2020 y 2021, obteniendo un resultado de 0,95%. El regreso paulatino a la a normalidad después de la pandemia y la normalización en la prestación de servicios incrementaron nuestra producción de actividades logrando una variación positiva de 21.3 UVR respecto al año 2020.

Soporte de la información

Anexo 5 - Ficha técnica SIHO - Evolución del gasto por UVR

Indicador 6 – Medicamentos adquiridos por medios electrónicos o compras a cooperativas o conjuntas

Formula del indicador:

Numerador	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
Denominador	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada

Resultado de la evaluación:

La ESE realiza la adquisición de medicamentos, material médico quirúrgico y otros insumos hospitalarios haciendo uso de mecanismos de compra que le permitan seleccionar proveedores de calidad, seguridad, oportunidad y eficiencia en la inversión de

los recursos, se apoya en gran medida con el proceso de compras de la institución y en los casos pertinentes con el Comité de Compras de la ESE.

Considerando las compras de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido durante la vigencia 2021 a través de mecanismos electrónico Colombia Compra Eficiente – SECOP II, la empresa alcanzó un resultado de 33%, como se evidencia a continuación:

Numerador	Valor Total adquisiciones de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada a través de mecanismos electrónicos.	794.975.694	0,33
Denominador	Valor Total de Adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.	2.415.514.053	

Para el indicador 5 la calificación es de 1.

Indicador No.	Estándar	Línea Base	Año 2020	Año 2021
6	<u>> 70 %</u>	0	29 %	32.9 %

Soporte de la información	Anexo 6 - Certificado revisoría fiscal - compras medios electrónicos
----------------------------------	--

Indicador 7 – Monto de la deuda superior a 30 días por conceptos de salarios

Fórmula del indicador

Numerador	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
Denominador	(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)

Este indicador mide la eficiencia en los pagos a los servidores independiente de su forma de vinculación. Al 31 de diciembre de 2021 no se presentan deudas superiores a 30 días de antigüedad con respecto al pago de salarios del personal de planta, y contratación de los servicios, como se evidencia en la certificación de la Revisoría Fiscal a diciembre 31 de 2021.

Resultado de la evaluación:

Indicador No.	Estándar	Línea Base	Año 2020	Año 2021
7	Cero (0) o variación negativa	0	0	0

La calificación para este indicador es de 5.

Análisis comparativo de Metas

Se cumplió con las obligaciones salariales manteniendo en cero la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y demás colaboradores contratados.

Logros – compromisos

- Priorizar los recursos para responder a las obligaciones salariales dentro de lo acordado, siempre con propósito de cumplir la meta.
- Se cumplió con la programación mensual de pagos en relación al concepto de nomina y remuneración de servicios.
- Se realizó gestión de recaudo de la cartera por conceptos de ingresos por venta de servicios de salud con las diferentes EAPB del régimen Subsidiado.

Soporte de la información	Anexo 7 - Certificación Revisoría Fiscal - Deuda de Salarios
----------------------------------	--

Indicador 8 – Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS

Fórmula del Indicador

Criterio	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.
----------	---

Resultado de la evaluación:

Se hizo la presentación y entrega del consolidado de los resultados de la gestión frente a la dinámica de la prestación de servicios de salud.

Corte	Presentaciones Junta Directiva	N° Acta de Junta Directiva
Primer Informe	17 de Febrero 2021	02-2021
Segundo Informe	12 de Mayo 2021	05-2021

Tercer Informe	14 de Julio 2021	07-2021
Cuarto informe	17 de noviembre 2021	14-2021

La Calificación de este indicador es de 5

Indicador No.	Estándar	Línea de base	Año 2020	Año 2021
8	4	4	4	4

Logros -Causas de la desviación - compromisos

- Se realizó presentación de cuatro informes a la Junta Directiva siguiendo directriz que define el instrumento para RIPS.
- Permitió realizar ajustes y análisis de indicadores con líderes de procesos.
- Fortalecer disciplina de la medición, del completo diligenciamiento de las causas de consulta según clasificación de enfermedades, y de las variables que alimentan el RIPS.
- Se incluyen en esta informe caracterización de población atendida, producción de actividades y perfil epidemiológico

Soporte de la información	<p>Anexo 8a - Informe Planeación Actas junta directiva presentación RIPS</p> <p>Anexo 8b - Acta No.02 Junta Directiva Feb 17-2021 - 1er informe RIPS</p> <p>Anexo 8c - Acta No.05 Junta Directiva May 12-2021 - 2do Informe RIPS</p> <p>Anexo 8d - Acta No.07 Junta Directiva Jul14-2021 - 3er Informe RIPS</p> <p>Anexo 8e -Acta No.14 Junta Directiva Nov 17 2021 - 4to Informe RIPS</p>
---------------------------	--

Indicador 9 – Resultado de equilibrio presupuesto con recaudo.

Fórmula del indicador

Numerador	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores)
Denominador	Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)

Resultado de la evaluación:

Equilibrio presupuestal con Recaudo

Descripción	2020	2021
Ingresos recaudados	47.546	50.104
Gastos comprometidos	48.125	53.145
Indicador de equilibrio presupuestal	0.98	0.94

Para el Año 2021 el indicador de Resultado de equilibrio presupuestal con recaudo fue de 0.94

La calificación para este periodo que se obtiene es de 3

Indicador No.	Estándar	Línea Base	Año 2020	Año 2021
9	>1,0	0,98	0,98	0,94

Análisis comparativo de Metas

La Red de Salud de Ladera ESE con el total de ingresos recibidos durante la vigencia 2021, alcanzó a cubrir el 94% de sus compromisos.

Logros - Causas de la desviación

- Considerando el presupuesto inicial de la vigencia 2021, se realiza el seguimiento permanente a la ejecución presupuestal, con el propósito de analizar el

comportamiento de los gastos que requiere la institución y realizar lo pertinente para lograr el equilibrio presupuestal.

- Se capacita al personal asistencial y facturadores, para que se tenga el conocimiento de la contratación que tiene la institución con las EAPB y demás entidades.
- Se registra de acuerdo a los términos contractuales y requisitos exigidos por las EAPB, y su facturación se realiza considerando los diferentes mecanismos de establecidos en la contratación. Los servicios que se prestan y facturan se desarrollan con el proceso de radicación en las EAPB, teniendo en cuenta los acuerdos de voluntades y los lineamientos establecidos en la circular 3047 del año 2008 y/o modificaciones y adiciones.
- Se llevan a cabo, distintas actividades que permitieron que la institución obtuviera el flujo de recursos, mediante conciliaciones, liquidación de contratos y acuerdos de voluntades en mesas de trabajo.

Soporte de la información	Anexo 9 - Anexo 5 - Ficha técnica SIHO - Equilibrio presupuestal
---------------------------	--

Indicador 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

Fórmula del indicador

Criterio	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente
----------	--

Resultado de la evaluación:

La ESE No cumple oportunamente con el reporte, términos y condiciones de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, en cuanto a aspectos de calidad e información financiera y contable **La calificación para este indicador es 0.**

Indicador No.	Estándar	Línea Base	Año 2020	Año 2021
10	<u>Cumplimiento dentro de los términos previstos</u>	No Cumplido	No Cumplido	No cumplido

Análisis comparativo de Metas

Teniendo en cuenta que durante la vigencia 2021 la Red de Salud de Ladera ESE presentó oportunamente todos los informes relacionados con la circular única, se solicitará a la Superintendencia de Salud de Aclaración por el no cumplimiento manifestado por dicha entidad. Se cuenta con la evidencia de la Plataforma de Supersalud donde se visualizan todos los archivos cargados oportunamente

Logros - Compromisos

- ✓ Fortalecimiento del proceso de gestión de la información.
- ✓ Articulación entre los actores que en la ESE generan la información
- ✓ Envío en los términos establecidos de la información requerida por la Supe salud para los prestadores.
- ✓ Mantener la oportunidad y la sistematización para la generación de los datos y del indicador mes a mes

Soporte de la información	Anexo 10 - Certificación Resultado Indicador No. 10 - Supersalud
---------------------------	--

Indicador 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.

Fórmula del indicador

Criterio	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación
----------	--

El reporte de la información establecida en el Decreto 2193 de 2004, que contiene cartera por deudor, pasivos, producción, ejecución presupuestal, contratación y procesos judiciales, que se diligencia trimestral y anualmente por el Área Financiera, Jurídica y planeación, en los términos y condiciones establecidos. Fue remitida dentro de los términos y tiempos establecidos para el periodo.

La calificación para este indicador es de 5

Resultado de la evaluación:

Indicador No.	Estándar	Línea Base	Año 2020	Año 2021
11	<u>Cumplimiento dentro de los términos previstos</u>	Cumplido	Cumplido	Cumplido

Análisis comparativo de Metas

Entrega oportuna de la información requerida desde el decreto 2193 de 2004 por trimestre- semestre y año.

Logros -Causas de la desviación - compromisos

- ✓ Fortalecimiento del proceso de gestión de la información.
- ✓ Articulación entre los actores que en la ESE generan la información
- ✓ Envío en los términos establecidos de la información requerida por Ministerio de

<p>Salud y Protección Social, validándose en primera instancia desde el Departamento de Valle del Cauca en la Secretaría de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener la oportunidad y la sistematización para la generación de los datos y del indicadores periodo a periodo
--

<p>Soporte de la Información</p>	<p>Anexo 11 - Certificación de reporte de información al SIHO</p>
----------------------------------	---

ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está planteado no solo para mejorar acceso, cobertura, calidad en la atención sino para que en el accionar diario se tengan clara la ruta hacia una Gestión Clínica y Asistencial que se mantenga en el tiempo, que sea eficiente, eficaz, efectiva y segura respondiendo a la necesidad de atención en salud que las personas requieren.

Indicador 21 –Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.

Fórmula del indicador

Numerador	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
Denominador	Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación

La Maternidad segura cuenta con políticas públicas orientadas a garantizar al binomio madre hijo, condiciones seguras durante la gestación y después de esta, con el fin de

evitar muertes que afecten, se realiza seguimiento permanente del número de gestantes que tenemos identificadas durante la vigencia a través del programa de control prenatal con valoración médica mínimo una vez.

Resultado de la evaluación:

Indicador No.	Estándar Normativo	Línea Base 2019	Año 2020	Año 2021
21	$\geq 0,85$	85%	56%	82,9%

La calificación para este indicador es de 3.

Análisis comparativo de Metas

El cumplimiento de este indicador fue del 82,9% para la vigencia objeto de la evaluación

Soporte de la información	Anexo 21a - Informe de comité de Historia Clínica
---------------------------	---

Indicador 22 –Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE

Fórmula del indicador

Variable	Número de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación
----------	--

Resultado de la evaluación:

Durante la vigencia 2021 no se presentaron casos de Nacidos vivos con diagnóstico de sífilis congénita en la población atendida.

Indicador No.	Estándar	Año 2020	Año 2021
22	<u>0 casos</u>	0	0

La calificación para este indicador es de 5

Análisis comparativo de Metas

Se evidencia cumplimiento del indicador con Cero Casos de Sífilis congénita en nuestros nacidos vivos.

Logros – Compromisos

- Garantizar la entrega diaria de los resultados de laboratorio de pruebas positivo para ITS a enfermeras de las IPS (la enfermera debe hacer seguimiento con laboratorio y con la plataforma Anarlab)
- Realizar la prueba rápida DUO y ordenar la prueba no treponémica, por parte de la enfermera de control prenatal en el momento de la inscripción al programa.
- Garantizar disponibilidad de pruebas rápidas DUO

Soporte de la información	Anexo 22 - Certificación sífilis COVE municipal
---------------------------	---

Indicador 23 –Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva

Fórmula del indicador

Sede Administrativa
Calle 5c # 39-51 Barrio Tequendama PBX 608 0124
Web: www.saludladera.gov.co Nit. 805.027.289-9
"Inteligente por la Vida"

Numerador	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
Denominador	Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación

La ESE realiza periódicamente la adherencia a la Guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada, con el fin de evaluar, dar seguimiento y mejora a la aplicación de esta guía.

Resultado de la evaluación:

Indicador No.	Estándar	Año 2020	Año 2021
23	<u>>0.90</u>	67%	94.4%

La calificación para este indicador es de 5.

Análisis comparativo de Metas

El 94,4 % de las Historias clínicas revisadas en la vigencia 2021 cumplen con la adherencia a la Guía establecida, comparado con el 2020 donde la misma evaluación alcanzó un porcentaje de 67%

Soporte de la información	Anexo 23 - Anexo 23b - Auditoria HC guía HTA enero - junio 2021 Anexo 23c - Auditoria HC guía HTA julio-diciembre 2021
---------------------------	--

Indicador 24 –Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo

Formula del indicador

Numerador	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación
Denominador	Número de historias clínicas de niños(as) 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

La ESE realiza periódicamente la adherencia a la Guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo adoptada, con el fin de evaluar, dar seguimiento y mejora a la aplicación de esta guía.

Indicador No.	Estándar	Año 2020	Año 2021
24	≥ 0.80	66%	81%

La calificación para este indicador es de 5.

Análisis comparativo de Metas

Se cumple con la meta establecida en la adherencia a la Guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo adoptada por la ESE en el 81% de las historias clínicas evaluadas

Soporte de la información	Anexo 24a - Anexo 24b - Auditoria HC guia CYD enero - junio 2021 Anexo 24c - Auditoria HC guia CYD julio-diciembre 2021
---------------------------	---

Indicador 25 –Reingreso por el servicio de urgencias en menos de 72 horas

Fórmula del indicador

Sede Administrativa
Calle 5c # 39-51 Barrio Tequendama PBX 608 0124
Web: www.saludladera.gov.co Nit. 805.027.289-9
"Inteligente por la Vida"

Numerador	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
Denominador	Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación

Resultado de la evaluación:

Durante la vigencia se presentaron 103 reingresos al servicio de urgencias frente a 48.496 consultas realizadas dando un porcentaje de reingreso del 0.0021 % muy por debajo de la meta a nivel nacional que es del 3% lo que representa adherencia en el acto médico.

Indicador No.	Estándar	Año 2020	Año 2021
25	<u><0,03</u>	0.0033	0.0021

La calificación para este indicador es de 5

Análisis comparativo de Metas

Se evidencia cumplimiento de la meta establecida, encontrando que menos del 3% de las atenciones por urgencias presentaron reingreso por el mismo servicio

Soporte de la información	Anexo 25 - Reingreso servicio urgencias - SIHO
---------------------------	--

Indicador 26 –Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general

Fórmula del indicador

Numerador	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
Denominador	Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas,

	en la vigencia objeto de evaluación
--	-------------------------------------

Resultado de la evaluación:

La ESE durante la vigencia tuvo una diferencia de días calendario entre la fecha de asignación de citas de 119113 sobre el número de citas solicitadas de 39719 dando un promedio oportunidad de citas de 3.0 días, cumpliendo con la meta propuesta menor a 3 días.

Indicador No.	Estándar	Línea Base	Año 2020	Año 2021
26	<u>≤3</u>	3.0	3.0	2.99

La calificación para este indicador es de 5

Soporte de la información	Anexo 26 - Tiempo de Asignación citas medicina general SIHO
Análisis comparativo de Metas	
Se evidencia cumplimiento de la meta establecida, encontrando que la asignación de citas de medicina general cumple con el estándar establecido	

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL INFORME ANUAL DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL VIGENCIA 2021

AREA DE GESTION	No.	INDICADOR	Descripción periodo evaluado	Calificación	Factor de ponderación	Resultado ponderado
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	1	Mejoramiento continuo de la calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior	1,26	3	0,05	0,25
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la calidad en la atención en Salud.	100	5	0,05	0,25
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo	90,6	5	0,1	0,5

Sede Administrativa

Calle 5c # 39-51 Barrio Tequendama PBX 608 0124

Web: www.saludladera.gov.co Nit. 805.027.289-9

"Inteligente por la Vida"



		Institucional				
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Riesgo fiscal y financiero (PARA RIESGO MEDIO O ALTO)	0	5	0,05	0,25
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	0,95	3	0,05	0,15
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de ESE y/o de mecanismos electrónicos	32,91	1	0,05	0,05
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.	0	5	0,05	0,25
	8	Utilización de información del Registro Individual de prestaciones RIPS	4	5	0,05	0,25
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0,94	3	0,05	0,15
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Supersalud o la norma que la sustituya	0	0	0,05	0
	11	Oportunidad en el reporte de la Información en cumplimiento del decreto 2193 del 2.004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2.016 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social o la norma que la sustituya.	100	5	0,05	0,25
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	21	Proporción de gestantes captadas antes de las 12 semanas de gestación	82,98	3	0,08	0,24
	22	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE.	0	5	0,08	0,4
	23	Evaluación de aplicación de Guía de manejo específica: Guía de atención en enfermedad Hipertensiva	92,38	5	0,07	0,35
	24	Evaluación de aplicación de Guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	81,39	5	0,06	0,3
	25	Reingresos por el Servicio de Urgencias en menos de 72 horas	0	5	0,05	0,25
	26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	3	5	0,06	0,3
		CALIFICACIÓN TOTAL				4,09