



COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL

FORMATO 5. EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR ÁREAS O DEPENDENCIAS

PROCESO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL

CODIGO: F-ED-006

FECHA EMISION

27/12/2016

Página

1 de 1

Versión

2.0



PERÍODO DE VIGENCIA	DÍA	MES	AÑO	al	DÍA	MES	AÑO
	1	1	2020		31	12	2020

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N°	ÁREA O DEPENDENCIA.	CALIFICACIÓN DEL ÁREA O DEPENDENCIA	OBSERVACIONES
1	DIRECCIÓN Y GERENCIA	6.96	<p>Tres líneas de Acción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para el Mejoramiento Continuo de la calidad de la Institucion no acreditada, realizaron las auoevaluaciones de estandares de acreditación para el año 2020 en algunas de las áreas mas representativas de la Institución. Deben analizar las necesidades de cada una de las áreas. 2. La efectividad en la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atencion en salud de la Institución se desarrolla con la conformación de los equipos de trabajo necesarios y realizando los avances de las acciones del Pamec. 3. Realizaron los Planes de Desarrollo Institucional.



COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL

FORMATO 5. EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR ÁREAS O DEPENDENCIAS

PROCESO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL

CODIGO: F-ED-006

FECHA EMISION

27/12/2016

Página

1 de 1

Versión

2.0



PERÍODO DE VIGENCIA	DÍA	MES	AÑO	al	DÍA	MES	AÑO
	1	1	2020		31	12	2020

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N°	ÁREA O DEPENDENCIA.	CALIFICACIÓN DEL ÁREA O DEPENDENCIA	OBSERVACIONES
2	FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	5.96	<p>Como Líneas de Acción, de las cuales:</p> <p>4. Siguen fortaleciendo los recaudos mediante mejoramiento a los procesos de la Institución</p> <p>5. Fortalecen los procesos de facturación y cartera. Deben definir y hacer seguimiento a indicadores.</p> <p>6. No cumplida. Falta de implementación de modalidad de compras conjuntas a través de cooperativas de empresas sociales y/o mecanismos electrónicos.</p> <p>7. Han realizado la gestión adecuada de recursos, mejorando la fluidez del hospital, teniendo al día las obligaciones laborales.</p> <p>8. Han realizado el fortalecimiento en los procesos de registro de la información RIPS, aunque la norma es una sola, la Institución se adapta a los requerimientos de cada EPS para la presentación y entrega de la Información. Requieren de una actualización del sistema donde se unifiquen y depuren los códigos correspondientes.</p> <p>9. Realizan la planeación del presupuesto con base en los datos históricos obtenidos. Deben definir la oferta de planes y programas a la comunidad. Continúa la implementación y desarrollo del Plan Austeridad del gasto pero teniendo en cuenta la situación de Pandemia Covid-19 que se atraviesa a nivel mundial. Realizan evaluación al plan de compras.</p> <p>10. Realizan los análisis respectivos de datos y entregan oportunamente los reportes del aplicativo de la supersalud.</p> <p>11. Realizan oportunamente los seguimientos y reportes de información dando cumplimiento al Decreto 2193.</p>



COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL

FORMATO 5. EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR ÁREAS O DEPENDENCIAS

PROCESO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL

CODIGO: F-ED-006

FECHA EMISION

27/12/2016

Página

1 de 1

Versión

2.0



PERÍODO DE VIGENCIA	DÍA	MES	AÑO	al	DÍA	MES	AÑO
	1	1	2020		31	12	2020

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N°	ÁREA O DEPENDENCIA.	CALIFICACIÓN DEL ÁREA O DEPENDENCIA	OBSERVACIONES
3	CLINICA O ASISTENCIAL	7.94	Nueve Lineas de Acción: 12. Cumplida > = 0.90 13. Cumplida > = 0.80 14. Cumplida > = 0.80 15. No Hay Casos 0 16. Cumplida > = 0.90 17. Cumplida > = 0.90 18. No cumplida. <=0.5 19. No Cumplida. <= 0.8 20. No Cumplida. <= 0.15

Observaciones generales:

La anterior calificación se realizó de acuerdo al cumplimiento del Plan de Acción 2020-2023



EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS

OBJETIVO ESTRATÉGICO	LINEA DE ACCIÓN	ACCIONES	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	TOTAL RESULTADOS			
	<p>1. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR</p>	<p>Mejorar la prestación de los servicios de salud, enfocados en procesos con calidad, mejoramiento continuo y atención centrada en el usuario bajo procesos tendientes a cumplir estándares de acreditación en salud.</p>	<p>Establecieron el sistema obligatorio de Garantía para la calidad (SOGC), realizando las autoevaluaciones de estándares de acreditación para el año 2020 en las áreas de Urgencias, Laboratorio Clínico, Terapia Física, Terapia Respiratoria, Transporte Asistencial y Toma de Muestras.</p>	<p>60</p>			
		<p>Realizar capacitación en autoevaluación con estándares de acreditación, incluyendo las actualizaciones</p>					
		<p>Suscribir Planes de Mejoramiento basados en las no conformidades evidenciadas en la autoevaluación.</p>					
		<p>Conformar los equipos de Autoevaluación acorde con los grupos de estándares aplicables a la ESE</p>					
		<p>Autoevaluar anualmente los estándares de Acreditación.</p>					
		<p>Establecer y registrar las fortalezas ajustadas a los estándares y oportunidades de mejora</p>					
		<p>Analizar las necesidades de información de cada una de las áreas de gestión.</p>					
		<p>Articular el Sistema de información, a las áreas de gestión de acuerdo a las necesidades de información evidenciadas.</p>					
					<p>Definir las auditorias de calidad a los procesos prioritarios con un instrumento, variables y calificación que permitan medir los avances en los procesos priorizados y realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramientos.</p>		
					<p>Definir las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas de los estándares de acreditación.</p>		

<p>2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.</p>	<p>Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas.</p>	<p>El Pamec avanza en todas las acciones programadas en las área de Apoyo Diagnóstico, Gestión de Calidad, SIAU, Gestión de Talento Humano y Gestión de la Información, este es trabajado de una forma participativa con las dependencias.</p>	<p>67</p>
	<p>Definir cronograma de ejecución de las acciones de mejoramiento.</p>		
	<p>Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas.</p>		
	<p>Realizar seguimiento trimestral de los planes de mejoramiento.</p>		
	<p>Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones.</p>		
	<p>Ejecutar socializaciones de los avances en los planes de mejoramiento y realizar cierre anual de las auditorías.</p>		
	<p>Realizar los planes de mejoramientos derivados de la autoevaluación</p>		
	<p>Articular los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento, al Sistema de Gestión de Calidad implementado en la institución.</p>		
<p>3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL</p>	<p>Elaborar un diagnóstico integral que refleje la realidad de la institución y contribuya a los componentes estratégicos de la planeación.</p>	<p>Formularon los planes concernientes a la Institucion para el periodo 2020-2023, e iniciaron con el monitoreo y seguimiento a los mismos, con sus respectivos indicadores.</p>	<p>82</p>
	<p>Establecer estrategias, actividades y metas</p>		
	<p>Formulación del Plan de desarrollo Institucional 2020-2023</p>		
	<p>Construcción del Plan Operativo Institucional y los planes operativos por áreas, servicios y/o procesos</p>		
	<p>Capacitar en la metodología para la formulación de los Planes Operativos Anuales-POA.</p>		
	<p>Monitoreo sistemático al comportamiento de indicadores</p>		
	<p>Evaluación y seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional</p>		

4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta de glosas.	La Institución cuenta con los equipos necesarios para facturación, cartera y Glosas, con los cuales busca el mejoramiento en estos procesos. Igualmente, las áreas coordinan, socializan, trabajan en conjunto y se reúnen en sus respectivos comités para establecer y coordinar actividades.	20
	Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto.		
	Realizar análisis y plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados y la calificación.		
	Establecer metodología de priorización y seguimiento a las acciones del plan de mejoramiento		
	Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción.		
	Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos.		
5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA	Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados	Inician seguimientos a indicadores por servicios y continua el fortalecimiento en los procesos de facturación y cartera. Realizan las capacitaciones pertinentes para el nuevo proceso de facturación electrónica.	34
	Fortalecimiento de los procesos asociados a monitoreo de centros de costo		
	Fortalecimiento de los procesos de facturación y cartera.		
	Seguimiento permanente y continuo a indicadores de las áreas.		
	Definir indicadores de seguimiento por servicio		
	Seguimiento a la productividad de la institución.		
	Fortalecimiento del proceso de compras de la entidad		

6. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO ADQUIRIDO MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O MECANISMOS ELECTRÓNICOS.	Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos mediante economía de escala	La Institucion no cuenta con la modalidad de compras conjuntas a través de cooperativas de empresas sociales y/o mecanismos electrónicos. Refuerzan el equipo de trabajo para la planificación y realizacion de compras en la Institucion.	18
	Evaluación regular de proveedores		
	Evaluación de la viabilidad de la implementación de mecanismos de compra electrónica para la entidad.		
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	Gestionar los recursos suficientes que garanticen la liquidez del Hospital	La Istitucion se encuentra al dia con las obligaciones laborales, debido a la gestion de recursos y los seguimientos a la productividad y los recaudos.	80
	Control de gastos.		
	Monitoreo permanente y continuo a los procesos de recaudo.		
	Seguimiento a la productividad de la institución		
	Fortalecimiento de los sistemas de información de la entidad hospitalaria		
8. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.	Capacitar, socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información.	Han realizado el fortalecimiento en los procesos de registro de la informacion, aunque la norma es una sola, la Institucion se adapta a los requerimientos de cada EPS para la presentacion y entrega de la Informacion. Requieren de una actualización del sistema donde se unifiquen y depuren los codigos correspondientes.	67
	Estandarizar el proceso de generación de informes a partir del Registro Individual de Prestaciones		
	Fortalecimiento de los procesos de captura de información.		
	Seguimiento a cronogramas de entrega de informes		
	Articulación efectiva de la información mediante el fortalecimiento del proceso estadístico.		

	Consolidar y analizar la información generada en los RIPS, con presentación de informe a la Junta Directiva.		
9. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	Planeación del presupuesto basado en datos históricos	La institución estudia los servicios a ofrecer, de acuerdo con la capacidad, con el propósito de obtener un equilibrio presupuestal con los recaudos dados por la producción. En cuanto al plan de austeridad y debido a la Pandemia Covid-19, incrementaron el envío de correos electrónicos, pero algunos servicios públicos como el de acueducto se incrementa por la razón mencionada.	69
	Prever situaciones que afecten directamente los ingresos y gastos		
	Implementar un Plan de Austeridad del Gasto.		
	Realizar reinducción, seguimiento y evaluación del proceso de facturación.		
	Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados.		
	Cconciliaciones de cartera (saldos-pagos-glosasconsignaciones por identificar).		
	Realizar el proceso de saneamiento contable.		
	Evaluar el plan anual de adquisiciones y su comportamiento.		
10. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.	Reportar de manera oportuna el informe semestral en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud.	Realizan los análisis respectivos de datos y entregan oportunamente los reportes del aplicativo de la supersalud.	96
	Fortalecer los procesos de captura de información		
	Realizar Seguimiento a cronogramas de entrega de informes		
	Articulación efectiva de la información mediante el fortalecimiento del proceso estadístico.		
	Realizar análisis y retroalimentación a los datos arrojados por el sistema.		
11. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004, O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.	Realizar seguimiento a través del cronograma de informes y responsables.	El equipo de trabajo realiza de forma oportuna los reportes de información según el Decreto 2193 de 2004.	93
	Conciliar la información de manera permanente entre las áreas		
	Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información mensual, trimestral, semestral y anual del Decreto 2193		

12. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES.	Articular los procesos de Auditoría Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.	El comité de Historias Clínicas se encuentra activo. Realizan las capacitaciones respectivas al personal asistencial y Realizan la Auditoría de Historias Clínicas	88
	Articular de los Sistemas de información.		
	Verificar la periodicidad de la realización de las reuniones del Comité de Historias Clínicas, de tal forma que quede agendada la revisión de este proceso.		
	Capacitar de todos los líderes de las áreas Fortalecer del Comité de Historias Clínicas Fortalecer la auditoría médica.		
	Establecer de planes de mejoramiento del proceso.		
13. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA	Articular los procesos de Auditoría Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.	Realizan evaluación y análisis a la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad.	88
	Articular de los Sistemas de información.		
	Verificar la periodicidad de la realización de las reuniones del Comité de Historias Clínicas, de tal forma que quede agendada la revisión de este proceso.		
	Capacitar de todos los líderes de las áreas Fortalecer del Comité de Historias Clínicas Fortalecer la auditoría médica.		
	Establecer de planes de mejoramiento del proceso.		
14. OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICETOMÍA	Articular los procesos de Auditoría Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.	Realizan evaluación y análisis a la guía de manejo adoptada por la ESE para las realizaciones de apendicectomías.	88
	Articular de los Sistemas de información.		
	Verificar la periodicidad de la realización de las reuniones del Comité de Historias Clínicas, de tal forma que quede agendada la revisión de este proceso.		
	Capacitar de todos los líderes de las áreas Fortalecer del Comité de Historias Clínicas Fortalecer la auditoría médica.		
	Establecer de planes de mejoramiento del proceso.		

15. NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO ESPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.	Articular los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.	No se presentan pacientes pediátricos con neumonias bronco aspirativas de origen intrahospitalario	88
	Articular de los Sistemas de información.		
	Verificar la periodicidad de la realización de las reuniones del Comité de Historias Clínicas, de tal forma que quede agendada la revisión de este proceso.		
	Capacitar de todos los líderes de las áreas Fortalecer del Comité de Historias Clínicas Fortalecer la auditoria médica.		
	Establecer de planes de mejoramiento del proceso.		
16. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM).	Realizar monitoreo continuo para sostener y mejorar el indicador Fortalecer los procesos de medición de la demanda insatisfecha.	Fortalecen el area de atencion al usuario, realizan monitoreo que arroja atencion de 7 pacientes en el trimestre.	80
	Articular los Sistemas de información.		
	Fortalecer la gestión del área de atención al usuario.		
17. ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA	Articular los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.	No se presenta mortalidad intrahospitalaria	88
	Articular de los Sistemas de información.		
	Verificar la periodicidad de la realización de las reuniones del Comité de Historias Clínicas, de tal forma que quede agendada la revisión de este proceso.		
	Capacitar de todos los líderes de las áreas Fortalecer del Comité de Historias Clínicas Fortalecer la auditoria médica.		
	Establecer planes de mejoramiento del proceso		
18. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA PEDIÁTRICA	Fortalecer de la gestión del área de atención al usuario.	Existe sistema de asignación de Citas, a traves de los diferentes medios proporsionados por la Institución. Falta consolidar el proceso de medicion de pacientes insatisfechos.	65
	Fortalecer los procesos de medición de la demanda insatisfecha.		
	Ajustar el proceso de asignación de citas.		
	Articular de los Sistemas de información.		

19. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN GINECO-OBSTETRICIA	Fortalecer de la gestión del área de atención al usuario.	Existe sistema de asignación de Citas, a través de los diferentes medios proporsionados por la Institución. Falta consolidar el proceso de medicion de pacientes insatisfechos.	65
	Fortalecer los procesos de medición de la demanda insatisfecha.		
	Ajustar el proceso de asignación de citas.		
	Articular de los Sistemas de información.		
20. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA INTERNA.	Fortalecer de la gestión del área de atención al usuario.	Existe sistema de asignación de Citas, a través de los diferentes medios proporsionados por la Institución. Falta consolidar el proceso de medicion de pacientes insatisfechos.	65
	Fortalecer los procesos de medición de la demanda insatisfecha.		
	Ajustar el proceso de asignación de citas.		
	Articular de los Sistemas de información.		