

ACTA DE INFORME DE GESTION
(Ley 951 de Abril 30 de 2005)

1. DATOS GENERALES:

A. NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE QUE ENTREGA:
VICTOR RAÚL HOYOS HOYOS

B. CARGO:
GERENTE

C. ENTIDAD (RAZON SOCIAL):
ESE HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO

D. CIUDAD Y FECHA:
Granada, junio 1 de 2020

E. FECHA DE INICIO DE LA GESTION:
Abril 1 de 2016

F. CONDICION DE LA PRESENTACION:
Retiro

G. FECHA DE RETIRO, SEPARACION DEL CARGO O RATIFICACION:
Mayo 15 de 2020

2. INFORME RESUMIDO O EJECUTIVO DE LA GESTION:

Una vez iniciadas labores en la ESE Hospital Padre Clemente Giraldo del municipio de Granada (Antioquia); se procede a realizar un análisis general de la situación de la entidad en diferentes aspectos como son:

1) Información más relevante en relación a la Situación Económica y Financiera:

Dadas las acciones Misionales que desarrolla la ESE, esta soporta sus actividades económicas y financieras de costos y gastos operacionales, a través de los Ingresos Corrientes por la venta de servicios de salud principalmente a Empresas Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes subsidiado y contributivo y a algunas entidades que prestan servicios a los regímenes especiales de sector militar (policía y ejército nacional) y del sector del magisterio, tal como lo contemplan las normas que regulan la Seguridad Social en nuestro país. Así, de manera anualizada se proyectan los ingresos y los gastos operacionales buscando lograr un Equilibrio Operacional y unos ingresos e indicadores con los cuales se monitoriza de manera regular el desempeño financiero y la Auto sostenibilidad tal como

esta contemplado en el Modelo de Administración Pública para este tipo de organizaciones. La venta de servicios con las diferentes EPS, se formaliza a través de la suscripción de convenios los cuales de manera regular se actualizan cada año en promedio en los referentes a compromisos de las partes y a las tarifas para lo cual se toman como referentes el Manual Tarifario SOAT (Decreto 2423 de 1996) y la Unidad de Pago por Capitación (UPC) los cuales se actualizan cada año, con base en el Incremento de Precio al Consumidor (IPC) y a las normas que anualmente emite el Ministerio de Salud, el DANE y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y las demás instancias competentes.

Para el año 2015, la entidad es notificada del fallo en segunda instancia de una Demanda de Responsabilidad Civil que había sido instalada en contra de la ESE desde el año 1.999 y por la cual fue condenada a pagar un monto que indexado para ese entonces que ascendía a la suma aproximada de MIL DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$1.200.000.000,00) y para lo cual después de múltiples reuniones y gestiones con los demandantes y sus abogados se logro un acuerdo de pago por un valor aproximado de SEISCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$650.000,00), monto que además debía cubrirse en un tiempo límite en los tres primeros meses del año 2016, estos recursos se lograron captar a través de diferentes acciones como venta en la comunidad de un bono solidario, diferentes eventos como cabalgata, venta de comestibles y del aporte económico de diferentes entidades y de la comunidad en general, además de dos préstamos que realizo la ESE a las Cooperativas CREAM y COOGRANADA quienes tienen sede en la localidad. Para el mes de octubre del mismo año 2016, la entidad realizo el pago total de la deuda contraída con las cooperativas con los recursos captados como se describió previamente.

| DESCRIPCION DEL RECURSO | MONTO |
|---|-------------------------|
| Recursos Propios | \$160.000.000,00 |
| Bono Pro Hospital | \$41.320.000,00 |
| Cabalgata | \$1.940.500,00 |
| Romeria Colonia Granadina | \$2.240.000,00 |
| Donaciones Instituciones del Municipio de Granada | \$18.764.631,00 |
| Reconocimiento La Previsora de Seguros | \$90.000.000,00 |
| Donaciones Veredas del Municipio | \$15.221.000,00 |
| Donación/Aporte de Empleados de la ESE de Granada | \$4.182.585,00 |
| Donación/Aportes de Particulares | \$95.981.501,00 |
| Secretaria Departamental de Salud y Protección de Antioquia | \$220.000.000,00 |
| TOTAL | \$649.650.217,00 |

A raíz de esta demanda, la ESE fue calificada por los Ministerios de Salud y el de Hacienda y Crédito Público en Alto Riesgo Financiero tal como lo establece la Ley 1438 de 2011 debió diseñar y desarrollar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero el cual tiene una duración de cinco (5) años y en el cual se deben dar cumplimiento a una serie de medidas e indicadores que desde la fecha de aprobación y hasta la fecha de culminación la cual se tiene prevista para el 31.12.2020.

Desde el inicio y hasta el final de mi gestión, la ESE ha venido dando cumplimiento a sus obligaciones financieras y misionales, registrando un equilibrio financiero el cual se ve reflejado en los respectivos informes que de manera regular se han rendido ante las diferentes instancias competentes.

2) Grado de Desarrollo en lo referente a Capacidad Técnica y del Talento Humano en relación a la Misión Institucional como Entidad Prestadora de Servicios de Salud de Baja Complejidad (Nivel I):

Para el año 2012 la ESE HPCG contaba en su Planta de Cargos principalmente en su personal asistencial con tres (3) médicos: dos (2) de planta y uno (1) Servicio Social Obligatorio, un (1) cargo de Enfermería Profesional de Servicio Social Obligatorio, una Bacterióloga por Contrato de Prestación de Servicios, un (1) Odontólogo de Planta, un (1) regente de farmacia y alrededor de nueve (9) auxiliares de enfermería; se observó que para ese entonces no existía mayor coordinación ni una líneas de mando claramente jerarquizadas, pues se registraba una alta rotación de personal lo que no permitía un adecuado empoderamiento de funciones, ni de competencias y menos aún el desarrollo adecuado de procesos y sus respectivos protocolos, ni la supervisión y/o auditorías necesarias; por lo que se requirió del reajuste tanto de personal en calidad y cantidad, un nuevo organigrama jerárquico y funcional de tal manera que se garantizaran acciones claras, específicas y sistemáticas en las fases de Planeación, de Ejecución, de Medición y de Ajustes (Ciclo PHVA).

En la actualidad, la entidad cuenta con líneas claras y definidas, tanto en lo referente a la dirección, operación/ejecución, medición, supervisión y auditorías internas y externas y los roles de todos los funcionarios tanto asistenciales como administrativos y se han venido ajustando y actualizando con sus respectivos Manuales y con base en las directrices del Consejo Nacional del Servicio Civil. Además cuenta con Procesos, Protocolos y Guías en la mayoría de los servicios con lo que se ha logrado la estandarización, la medición a través de Auditorías, del desarrollo del Área de Control Interno con su respectivo Plan de Mejora Continua (PAMEC), la capacitación regular de todo el personal y el diseño de diversos indicadores que se monitorizan regularmente buscando dar cumplimiento a las metas propuestas en cada Área y Unidad Funcional.

3) Aspectos relacionados con la Infraestructura y la Logística Institucional:

Se realizaron tres reformas en la planta física en diferentes momentos una en lo relacionada con el Parquero el cual también en la actualidad funciona como Aula Múltiple donde se desarrollan diversas actividades de capacitación, otra en el área de urgencias donde no se disponía de una zona aislada y privada para la atención de resucitación cardio cerebro vasculares (código azul) y de monitoreo de pacientes en estado crítico y la última que se terminó de realizar el año 2019 con recursos de un convenio ESE/Municipio/Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y en la cual se realizó remodelación de aproximadamente el 95% del hospital en lo referente a pisos (los anteriores tenían más de 70 años), redes hidrosanitarias, área administrativa, laboratorio, consulta externa, hospitalización y urgencias, además del Puesto de Salud del corregimiento de Santa Ana.

En lo referente a equipamiento Biomédico la ESE también ha venido renovando y mejorando su capacidad de respuesta a través de la adquisición de equipos médicos y de laboratorio con recursos tanto propios como a través de proyectos de cofinanciación. Para el año 2016/2017, se amplió la capacidad del laboratorio con alrededor de diez y ocho (18) nuevas pruebas nuevas lo cual se logró con la adquisición de nuevos equipos con recursos de Cuentas Maestras y para el año 2018 la ESE adquirió un ambulancia nueva marca Toyota semi medicalizada, con recursos propios y cofinanciación del Ministerio de Salud y de la Secretaría Seccional de Salud y de la misma comunidad.

En lo relacionado con los Sistemas de Información, estos se han fortalecido también grandemente a través de la adquisición de módulos del software, actualización del mismo de acuerdo a las exigencias del medio, también se ampliaron puntos de conectividad y mejorado en aspectos de cableados de potencia regulada, cableado estructurado, voz y datos.

4) Clima Organizacional:

El clima organizacional también ha tenido un impacto favorable, pues al interior de la ESE de manera histórica este ha sido afectado por el accionar de algunos representantes del sindicato ANTHOC; quienes con intenciones no bien intencionadas buscando afectar las relaciones interpersonales y la credibilidad de las directivas se han valido de diversos accionares para enrarecer el ambiente, sin embargo esto ha mejorado como consecuencia del fortalecimiento de los procesos internos, de un seguimiento más estrecho a los Manuales de Funciones y Competencias y del mejoramiento del Proceso de Concertación de Objetivos, Evaluación y Calificación del Desempeño Laboral en el que nos hemos empeñado con base en las normas y directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública

DAFP y del Consejo nacional del Servicio Civil – CNSC.

Los resultados positivos han sido también producto de los reajustes funcionales y jerárquicos del Organigrama Institucional, del funcionamiento del Comité de Bienestar Social a través del cual se desarrollan actividades de integración, recreación y capacitación del personal y de la asistencia de otras entidades a través de convenios como son la Cooperativa de Hospitales de Antioquia COHAN y su Politécnico, la entidad CEDES, el Hospital pablo Tobón Uribe, el Hospital Mental, la Universidad ITM; etc.

- 5) Imagen Corporativa y grado de aceptación por parte de la comunidad y de los diferentes entes y organizaciones con los que la entidad debe interactuar, tanto locales como regionales y departamentales:

Se han mantenido unas excelentes relaciones con la Administración Municipal, la Asociación de Usuarios de la ESE, Asocomunal, con las Cooperativas CREAM y COOGRANADA, la Fundación San Vicente de Paúl, la Parroquia Local y con diversas Fundaciones que desarrollan labores Sociales a nivel Local y Subregional, la Emisora de Televisión y Radio locales, etc.

Se mejoró y optimizó ostensiblemente el funcionamiento del Sistema de Información y Atención del Usuario SIAU; a través del cual la entidad mantiene unos canales permanentes de comunicación y respuesta de las Preguntas, Quejas, Recomendaciones y Sugerencias PQRS; el cual se encuentra reglamentado y monitorizado con indicadores de Satisfacción del Usuario que se miden a través de buzones y encuestas ya que hasta el presente se han mantenido en promedio alrededor del 98% de satisfacción.

3. SITUACION DE LOS RECURSOS:

Al momento del retiro del Gerente se cuenta con información financiera consolidada y reportada a los diferentes entes de vigilancia y control a Marzo 31 de 2020, la correspondiente al mes de Abril de 2020 se encuentra en proceso de ajuste y consolidación por parte de los líderes del proceso financiero de la Institución, por lo tanto, para la información relacionada con la situación financiera se trabajará con saldos a Marzo 31 de 2020.

En la E.S.E. Hospital Padre Clemente Giraldo, se presentó la siguiente situación de los recursos, por cada una de las vigencias fiscales que van desde el año 2016 hasta el 31 de Marzo de 2020.

A. Recursos Financieros:

BALANCES GENERALES (Consolidado):

| CONCEPTO | VALOR (MILLONES DE PESOS) |
|--|---------------------------|
| Vigencia fiscal año 2016, Comprendida entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2016 | |
| Activo Total | 2.445.414.000 |
| - Corriente | 1.539.917.000 |
| - No corriente | 905.497.000 |
| Pasivo Total | 233.953.033 |
| - Corriente | 233.953.033 |
| - No corriente | 0 |
| Patrimonio | 2.211.460.967 |
| Vigencia fiscal año 2017, Comprendida entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2017 | |
| Activo Total | 2.348.147.861 |
| - Corriente | 1.607.870.935 |
| - No corriente | 740.276.926 |
| Pasivo Total | 107.368.707 |
| - Corriente | 107.368.707 |
| - No corriente | 0 |
| Patrimonio | 2.240.779.154 |
| Vigencia fiscal año 2018, Comprendida entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2018 | |
| Activo Total | 2.243.090.983 |
| - Corriente | 1.125.675.848 |
| - No corriente | 1.117.415.135 |
| Pasivo Total | 128.614.068 |
| - Corriente | 128.614.068 |
| - No corriente | 0 |
| Patrimonio | 2.114.476.915 |
| Vigencia fiscal año 2019, Comprendida entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2019 | |
| Activo Total | 2.275.793.692 |
| - Corriente | 922.398.456 |
| - No corriente | 1.353.395.236 |
| Pasivo Total | 221.830.346 |
| - Corriente | 160.592.431 |
| - No corriente | 61.237.915 |
| Patrimonio | 2.053.963.346 |
| Vigencia fiscal año 2020, Comprendida entre el 01 de enero y el 31 de marzo de 2020 | |
| Activo Total | 2.262.086.227 |
| - Corriente | 982.711.434 |
| - No corriente | 1.279.374.793 |
| Pasivo Total | 372.186.144 |
| - Corriente | 322.186.144 |
| - No corriente | 50.000.000 |
| Patrimonio | 1.889.900.083 |

ESTADOS DE RESULTADOS (Consolidados):

| CONCEPTO | VALOR (MILLONES DE PESOS) |
|--|---------------------------|
| Vigencia fiscal año 2016, Comprendida entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2016 | |
| Ingresos operacionales | 2.354.440.000 |
| Gastos operacionales | 617.953.000 |
| Costos de venta y operación | 1.689.887.000 |
| Resultado operacional | 46.600.000 |
| Ingresos extraordinarios | 457.286.000 |
| Gastos extraordinarios | 107.106.000 |
| Resultado no operacional | 350.180.000 |
| Resultado neto | 396.780.000 |
| Vigencia fiscal año 2017, Comprendida entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2017 | |
| Ingresos operacionales | 2.235.837.165 |
| Gastos operacionales | 558.106.726 |
| Costos de venta y operación | 1.676.422.990 |
| Resultado operacional | 1.307.449 |
| Ingresos extraordinarios | 474.273.356 |
| Gastos extraordinarios | 39.795.611 |
| Resultado no operacional | 434.477.745 |
| Resultado neto | 435.785.194 |
| Vigencia fiscal año 2018, Comprendida entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2018 | |
| Ingresos operacionales | 2.572.860.484 |
| Gastos operacionales | 716.790.260 |
| Costos de venta y operación | 1.847.176.863 |
| Resultado operacional | 8.893.361 |
| Ingresos extraordinarios | 248.073.120 |
| Gastos extraordinarios | 73.070.449 |
| Resultado no operacional | 175.002.671 |
| Resultado neto | 183.896.032 |
| Vigencia fiscal año 2019, Comprendida entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2019 | |
| Ingresos operacionales | 2.105.191.120 |
| Gastos operacionales | 802.152.819 |
| Costos de venta y operación | 1.910.470.063 |
| Resultado operacional | -607.431.763 |
| Ingresos extraordinarios | 591.844.221 |
| Gastos extraordinarios | 44.285.728 |
| Resultado no operacional | 547.558.493 |
| Resultado neto | -59.873.270 |
| Vigencia fiscal año 2020, Comprendida entre el 01 de enero y el 31 de marzo de 2020 | |
| Ingresos operacionales | 517.271.662 |
| Gastos operacionales | 191.941.141 |
| Costos de venta y operación | 509.831.466 |
| Resultado operacional | -184.500.945 |
| Ingresos extraordinarios | 20.923.955 |
| Gastos extraordinarios | 486.274 |
| Resultado no operacional | 20.437.681 |
| Resultado neto | -164.063.263 |

Nota: Como complemento a los Estados Financieros se relacionan los siguientes documentos contables e información básica:

ANEXO 1. Relación de cuentas bancarias a Abril 30de 2020

ANEXO 2. Relación de chequeras a Abril 30de 2020

ANEXO 3. Saldo en caja menor a Abril 30de 2020

ANEXO 4. Recibos de caja a Abril 30de 2020

ANEXO 5. Consolidado de cartera por edades a Abril 30de 2020

ANEXO 6. Relación de deudores por prestamos de fondo de bienestar social a Abril 30de 2020

ANEXO 7. Consolidado de cuentas por pagar a Abril 30de 2020

B. Bienes Muebles e Inmuebles:

| CONCEPTO | VALOR (MILLONES DE PESOS) |
|--|---------------------------|
| Vigencia fiscal año 2016, Comprendida entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2016 | |
| Terrenos | 108.306.957 |
| Edificaciones | 411.750.178 |
| Construcciones en curso | 0 |
| Maquinaria y equipo | 211.761.576 |
| Equipo de transporte, tracción y elevación | 9.054.460 |
| Equipos de comunicación y computación | 71.861.165 |
| Muebles, enseres y equipos de oficina | 57.774.233 |
| Bienes muebles en bodega | 1.977.247 |
| Redes, líneas y cables | 0 |
| Plantas, ductos y túneles | 9.740.817 |
| Otros conceptos | 23.262.926 |
| Vigencia fiscal año 2017, Comprendida entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2017 | |
| Terrenos | 108.306.957 |
| Edificaciones | 412.902.765 |
| Construcciones en curso | 0 |
| Maquinaria y equipo | 89.941.461 |
| Equipo de transporte, tracción y elevación | 4 |
| Equipos de comunicación y computación | 45.242.843 |
| Muebles, enseres y equipos de oficina | 49.336.805 |
| Bienes muebles en bodega | 2.075.298 |
| Redes, líneas y cables | 0 |
| Plantas, ductos y túneles | 8.433.539 |
| Otros conceptos | 24.037.254 |
| Vigencia fiscal año 2018, Comprendida entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2018 | |
| Terrenos | 108.306.957 |
| Edificaciones | 397.895.261 |
| Construcciones en curso | 0 |
| Maquinaria y equipo | 174.579.661 |
| Equipo de transporte, tracción y elevación | 274.698.459 |
| Equipos de comunicación y computación | 50.495.412 |
| Muebles, enseres y equipos de oficina | 81.411.574 |
| Bienes muebles en bodega | 2.656.171 |
| Redes, líneas y cables | 0 |
| Plantas, ductos y túneles | 6.880.145 |
| Otros conceptos | 20.491.495 |
| Vigencia fiscal año 2019, Comprendida entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2019 | |
| Terrenos | 108.306.957 |
| Edificaciones | 381.460.253 |
| Construcciones en curso | 0 |
| Maquinaria y equipo | 138.466.976 |
| Equipo de transporte, tracción y elevación | 245.203.459 |
| Equipos de comunicación y computación | 38.030.748 |
| Muebles, enseres y equipos de oficina | 82.346.929 |
| Bienes muebles en bodega | 1.753.189 |
| Redes, líneas y cables | 0 |
| Plantas, ductos y túneles | 5.307.194 |
| Otros conceptos | 17.379.043 |
| Vigencia fiscal año 2020, Comprendida entre el 01 de enero y el 31 de marzo de 2020 | |
| Terrenos | 108.306.957 |
| Edificaciones | 377.351.501 |
| Construcciones en curso | 0 |
| Maquinaria y equipo | 131.785.131 |
| Equipo de transporte, tracción y elevación | 237.829.709 |
| Equipos de comunicación y computación | 34.804.068 |
| Muebles, enseres y equipos de oficina | 80.036.291 |
| Bienes muebles en bodega | 2.424.345 |
| Redes, líneas y cables | 0 |
| Plantas, ductos y túneles | 5.096.075 |
| Otros conceptos | 16.996.905 |

ANEXO 8. Inventario de activos. (Se anexa como documento adicional al presente informe).

4. PLANTA DE PERSONAL:

| CONCEPTO | TOTAL NUMERO DE CARGOS DE LA PLANTA | NUMERO DE CARGOS PROVISTOS | NUMERO DE CARGOS VACANTES |
|---|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| TOTAL CARGOS | | | |
| A la fecha de inicio | 27 | 27 | 0 |
| A la fecha de retiro, separación o ratificación | 27 | 26 | 1 |
| CARGOS DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION | | | |
| A la fecha de inicio | 2 | 2 | 0 |
| A la fecha de retiro, separación o ratificación | 2 | 2 | 0 |
| CARGOS DE CARRERA ADMINISTRATIVA | | | |
| A la fecha de inicio | 19 | 19 | 0 |
| A la fecha de retiro separación o ratificación | 19 | 18 | 1 |
| CARGOS DE PERIODO FIJO GERENTE | | | |
| A la fecha de inicio | 1 | 1 | 0 |
| A la fecha de retiro separación o ratificación | 1 | 1 | 0 |
| CARGOS DE PERIODO FIJO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO | | | |
| A la fecha de inicio | 4 | 4 | 0 |
| A la fecha de retiro separación o ratificación | 4 | 4 | 0 |

5. PROGRAMAS, ESTUDIOS Y PROYECTOS (POA 2016 – 2019):

A continuación se relaciona por cada una de las vigencias fiscales cubiertas por el período entre la fecha de inicio de la gestión y la fecha de retiro o ratificación, cada uno de los proyectos que se han formulado para el cumplimiento misional de la entidad.

Vigencia 2016 que comprende desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre:

| PROYECTO | META | INDICADOR | FÓRMULA INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE METAS A DICIEMBRE 31 DE 2016 | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|---|--------------|---|--|--|---|
| Fortalecimiento en la implementación del sistema de garantía de la calidad en Salud en la ESE | >=85% | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento de habilitación | Porcentaje de cumplimiento en el plan de mejoramiento de habilitación: No. De actividades realizadas/No. De actividades programadasX100 | 1 | Se obtiene un porcentaje de cumplimiento a mayo de 2016 del 80% (12 actividades cumplidas de 15 programadas), las actividades continúan realizándose |
| | >=90% | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento con enfoque de acreditación | Porcentaje de cumplimiento en el plan de mejoramiento con enfoque de acreditación: No. De actividades realizadas/No. De actividades programadasX100 | 0 | Se realizó capacitación a los integrantes del Comité Operativo MECI-Calidad sobre la metodología para la implementación del PAMEC y la auto-evaluación con base en estándares de acreditación Se documentó la ruta crítica para la vigencia 2016 la cual se viene aplicando Se obtiene un resultado a Diciembre de 2016 del plan de mejoramiento para el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad del 80% (28 actividades realizadas de 35 programadas). No se logra el cumplimiento de la meta establecida que corresponde a un resultado mayor o igual al 90%. |
| | 100% | Porcentaje de eventos adversos gestionados | No. De eventos adversos gestionados/No. De eventos adversos presentadosX100 | 1 | Se presentaron 16 reportes de eventos los cuales fueron gestionados en su totalidad, logrando el cumplimiento de la meta establecida que corresponde al 100%. |
| | >=65% | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento MECI | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadasX100 | 0 | Se realizó la evaluación anual con base en los lineamientos definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Se presenta un cumplimiento del 62% (26 actividades realizadas de 42 programadas), no se logra la meta que corresponde a un resultado mayor o igual al 65% Se viene realizando la actividad de documentación de los mapas de riesgos por procesos |
| Fortalecimiento del Sistema de Información y comunicación | CUMPLIMIENTO | Oportunidad en el reporte | Cumplimiento en las fechas establecidas: | 1 | Se está presentando cumplimiento oportuno en reportes a la supersalud y ministerio de los indicadores que se requieren |
| | >=85% | Porcentaje de cumplimiento del plan de comunicación | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadasX100 | 0 | Se realizó la documentación del plan de comunicación Se obtiene un resultado en el cumplimiento del plan de comunicación institucional del 67% (32 actividades cumplidas de 48 programadas), no se logra alcanzar la meta que corresponde a un resultado mayor o igual al 85%. |
| Fortalecimiento de la plataforma jurídica | 1 | Sumatoria del número de documentos revisados | No de documentos de la plataforma jurídica revisados | 0 | No se realizó revisión y ajuste al estatuto de presupuesto |
| Mejoramiento del ambiente físico | >=87% | Porcentaje de cumplimiento al plan de mantenimiento institucional | No. de actividades realizadas/No. de actividades programadasX100 | 1 | Se tiene documentado el plan de mantenimiento de institucional, se programaron 32 y se realizaron a Diciembre 31 de 2016 para un cumplimiento del 97%. Nota para el conteo se toma en cuenta como una (1) actividad la realización de mantenimiento de equipos biomédicos. Se tiene contrato para mantenimiento de equipos Se tiene el contrato de calibración |

| PROYECTO | META | INDICADOR | FÓRMULA INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE METAS A DICIEMBRE 31 DE 2016 | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|------------------------|--|---|--|---|
| Fortalecimiento del programa de gestión de residuos hospitalarios | >=85% | Porcentaje de cumplimiento al plan de gestión de residuos hospitalarios | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadasX100 | 1 | Se cuenta con plan de gestión de residuos hospitalarios, a Diciembre 31 de 2016 se realizaron 19 de programadas 19 para un resultado del 100% dando cumpliendo la meta establecida |
| Fortalecimiento de la plataforma tecnológica de equipos biomédicos | Softw are actualizado | Softw are actualizado | Softw are actualizado | 1 | Se realizo una actualización del softw are en el mes de Abril y se parametrizo el softw are para cumplir con la resolución 256 de 2016 |
| Fortalecimiento de los programas de Promoción y Prevención | >=89% | Porcentaje de cumplimiento de actividades extramurales | No. de actividades extramurales realizadas/No. de actividades extramurales programadasX100 | 1 | Se realizaron 66 actividades de 69 programadas para un cumplimiento del 95%, logrando el cumplimiento de la meta establecida |
| | >85% | Proporción de gestantes captadas | Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos | 0 | Durante la vigencia 2016 se captaron 95 gestantes antes de la semana 12 de 131 gestantes identificadas para un resultado del 73%, no se logra el cumplimiento de la meta que |
| | >=90% | Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva | Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE/ Total de pacientes con Diagnostico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación | 0 | Se presenta un resultado del 86% de adherencia a la guía de hipertensión arterial de una muestra de 120 historias clínicas auditadas, no se logra el cumplimiento de la meta que corresponde a un resultado mayor o igual al 90%. |
| | >=78% | Proporción de pacientes | Número total de pacientes que seis | 1 | Se tienen controlados 998 pacientes hipertensos de 1072 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial para un |
| | >=80% | Evaluación de aplicación de | Numero de Historias Clínicas de niños (as) | 1 | Se presenta un resultado del 91% de adherencia a la guía de crecimiento y desarrollo de una muestra de 120 historias |
| | 0% | Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE | Numero de Recién Nacidos con diagnostico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia | 1 | No se presentaron casos de sífilis congénita de 9 partos atendidos en la institución durante la vigencia 2016, logrando el cumplimiento de la meta establecida que corresponde a cero casos. |
| | Menor o igual a 0,0782 | Tasa de muerte materna | Número de muertes relacionadas con embarazo, parto y puerperio en un periodo de tiempo/ Número de nacidos vivos en el mismo periodo | 1 | No se presentaron casos de muerte materna de 10 nacidos vivos en la institución |
| | Menor o igual a 2,14 | Tasa de muerte perinatal | Número de muertes entre viabilidad del feto (22 semanas de gestación) y el fin del séptimo día después de haber nacido/ total nacidos vivos del mismo periodo | 0 | Durante la vigencia 2016 se presento una muerte perinatal de 10 nacidos vivos, no se logra el cumplimiento de la meta establecida |

| PROYECTO | META | INDICADOR | FÓRMULA INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE METAS A DICIEMBRE 31 DE 2016 | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|-----------------------------------|---|---|--|--|
| Fortalecimiento de los programas de Promoción y Prevención | Menor o igual a 2,06 tasa por 100 | Tasa de mortalidad infantil | Número de defunciones de niños menores de un año ocurridas en un determinado periodo/ Total nacidos vivos en ese mismo momento x 100 | 0 | Durante la vigencia 2016 se presentó una muerte infantil de 10 nacidos vivos, presentando una tasa mortalidad infantil de 10 por 100 nacidos vivos, no se logra el cumplimiento de la meta establecida |
| | 271.3 x 100.000 | Proporción de otitis media supurativa en menor de 5 años | Niños de 3 a 5 años hospitalizados con diagnóstico de otitis media supurativa x 100/ Total de niños de 3 a 5 años hospitalizados en el período | 1 | No se presentaron casos de otitis media supurativa en un (1) menor de 5 años que se hospitalizó en la institución, logrando el cumplimiento de la meta establecida. |
| | 191.4x 100 | Proporción de Hospitalización por Neumonía en niños de 3 a 5 años | Niños de 3 a 5 años hospitalizados con diagnóstico de Neumonía x 100/ Total de niños de 3 a 5 años hospitalizados en el período | 1 | Durante la vigencia 2016 se hospitalizó un (1) niño por diagnóstico de neumonía, presentando un resultado de tasa de neumonía de 100 por 100, logrando el cumplimiento de la meta que corresponde a un resultado menor o igual a una tasa de 191,4 por 100 |
| | 51.2x 100 | Proporción de Hospitalización por EDA en niños de 3 a 5 años | Niños de 3 a 5 años hospitalizados con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda x 100/ Total de niños de 3 a 5 años hospitalizados en el período | 1 | No se presentaron casos de hospitalización por EDA en menores de 5 años, logrando el cumplimiento de la meta establecida |
| | 95% | Cobertura de vacunación con esquemas adecuados en menores de 1 año | Numero de pacientes de 1 año con esquemas adecuados para la edad/ Total pacientes programados según PAISOFT | 1 | Para el año 2016 se vacunaron 137 que se encontraban programados para un cumplimiento del 100% |
| | Menor o igual al 90% | Porcentaje de nacidos con bajo peso | Nacidos con menos de 2500 gr/ Total de nacidos vivos en el período | 1 | Se presentaron 2 casos de bajo peso al nacer de 10 nacidos vivos durante la vigencia 2016, obteniendo un resultado del 20%, logrando el cumplimiento de la meta que corresponde a un resultado menor o igual al 90% |
| | Menor o igual al 3,40% | Tasa de desnutrición infantil aguda | Número de menores de 5 años con diagnóstico de desnutrición aguda x 100/ Número total de niños menores de 5 años | 1 | Durante la vigencia 2016, se presentaron 12 niños con diagnóstico de desnutrición de una población según DANE de 911 menores de 5 años, para un resultado en porcentaje de desnutrición del 1%, aunque se presentaron estos casos se logra el cumplimiento de la meta que corresponde a un resultado menor o igual a 3.40% |
| Apoyo al desarrollo de la estrategia APS | 56% | Porcentaje de cumplimiento de actividades programadas para el apoyo en el desarrollo de la estrategia APS | No. De población a la cual se le realizó demanda inducida/No. De población programada para demanda inducida X 100 | | No se realiza medición del dato, no se cuenta con la información, se solicitó a la Dirección Local de Salud y manifiestan no tener información al respecto. |

| PROYECTO | META | INDICADOR | FÓRMULA INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE METAS A DICIEMBRE 31 DE 2016 | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|---|--------------|---|--|--|---|
| Fortalecimiento en la estandarización de los procesos institucionales | 80% | Porcentaje de procesos revisados y ajustados | No. de procesos revisados/No. de procesos programadosX100 | 1 | Se realizo documentación a los procesos de dirección, planeación, esterilización, bioseguridad, tesorería, nómina la actividad continua de manera permanente |
| | <=60 minutos | Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio urgentes - minutos | Sumatoria de minutos entre la recepción de la orden de examen de urgencia y la hora de entrega del resultados en urgencias/ Total ordenes recibidas del servicio de urgencias. | 1 | Se presenta de acuerdo al gerencial de indicadores una oportunidad en entrega de exámenes de urgencias de 27,02 logrando el cumplimiento de la meta que corresponde a un resultado menor o igual a 60 minutos. |
| | <=3% | Reingresos por el servicio de urgencias en menos de 72 horas | Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas/Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo | 1 | Se presentaron 53 re-ingresos al servicio de urgencias entre 24 y 72 horas de 2366 usuarios atendidos en el servicio de urgencias, para un resultado del indicador de 0,022, logrando un cumplimiento de la meta establecida que corresponde a un resultado menor i igual a 0,03 |
| | <=9 minutos | Oportunidad promedio en la atención de urgencias triage 2 - minutos | Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico/ Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias | 0 | Durante la vigencia 2016 se presento una sumatoria de minutos desde la solicitud de la atención en urgencias hasta la atención de 28973 y un total de usuarios atendidos de 2366, para un promedio en la oportunidad de la atención en urgencias de 12,24 minutos, no se logra el cumplimiento de la meta que corresponde a un resultado menor o igual al 9%. |
| | <=2% | % de muerte después de 48 horas de internación | Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso/ Número total de pacientes hospitalizados | 0 | Durante la vigencia 2016 se presentaron 4 muertes de pacientes hospitalizados después de 48 horas, de 137 pacientes hospitalizados, para un resultado de 2,9%, no se logra el cumplimiento de la meta establecida que corresponde a un resultado menor o igual al 2% |
| | <=3% | Reingresos a hospitalización antes de 20 días por la misma causa. | Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el periodo/ Número total de egresos vivos en el periodo | 1 | Durante la vigencia 2016, se presentaron 2 re-ingresos a hospitalización de 135 egresos vivos para un cumplimiento del 1,48%, logrando alcanzar la meta establecida. |
| | <=3 días | Oportunidad promedio en la atención de consulta medica general - días | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/ Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución. | 1 | Se presentaron 4655 días desde la solicitud de la atención en consulta hasta la asignación de la cita, de 4545 usuarios que solicitaron cita en el servicio de consulta médica, para un promedio de días para la asignación de cita de 1,02, logrando el cumplimiento de la meta establecida que corresponde a un resultado menor o igual a 3 días. |

| PROYECTO | META | INDICADOR | FÓRMULA INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE METAS A DICIEMBRE 31 DE 2016 | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|---|-----------------------------------|---|--|--|--|
| Fortalecimiento del Sistema de Información y comunicación | 93% | Porcentaje de satisfacción del usuario | No. De usuarios satisfechos/No. De usuarios encuestadosX100 | 1 | Durante la vigencia 2016, se encontraron satisfechos con el servicio 1937, de 1956 encuestados para un resultado del 99%, logrando el cumplimiento de la meta que corresponde a un resultado mayor o igual al 93% |
| | 10 días | Promedio en la respuesta de manifestaciones de usuarios - días (PQRS) | Sumatoria de días entre la fecha de rendición de la queja, reclamo o sugerencia o apertura de buzón y la fecha de respuesta/ Total manifestaciones que se le dio respuesta | 0 | Se presento un promedio de respuesta de las peticiones, quejas y reclamos presentadas por los usuarios de 12 días, no se logra el cumplimiento de la meta que corresponde a un resultado menor o igual a 10 días. |
| Fortalecimiento del Talento Humano | 85% | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento de clima laboral | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadasX100 | 1 | Se tenían programadas para el año 2016, dos (2) actividades de clima laboral las cuales lograron realizarse para un cumplimiento del 100%, logrando la meta establecida que corresponde a un resultado mayor o igual al 85%. |
| | 93% | Porcentaje de cumplimiento del plan de | No. De actividades realizadas/No. De actividades | 1 | Se tiene documentado el plan de capacitación, se programaron 54 y se realizaron 52 para un resultado del 96%, logrando a Diciembre el cumplimiento de la meta que |
| | 93% | Porcentaje de cumplimiento del plan de | No. De actividades realizadas/No. De actividades | 1 | Se tiene documentado el programa de bienestar social, a Agosto 18 de 2016 se han realizado 23 de 24 programadas para un resultado del 96%, logrando a diciembre de 2016 el |
| | 90% | Porcentaje de cumplimiento del plan de Salud | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadasX100 | 1 | Se tiene documentado el plan de seguridad y salud en el trabajo Se realizaron 18 actividades de 19 programadas para un cumplimiento del 95%, logrando el cumplimiento de la meta |
| | TODOS LOS FUNCIONARIOS DE CARRERA | Porcentaje de cumplimiento de la evaluación de desempeño | No. De funcionarios evaluados/No. De funcionarios que les aplica la evaluaciónX100 | 1 | Se cuenta con evaluación de desempeño a las funcionarias que aplica |
| | 1 | Acuerdo de gestión documentado | Acuerdo de gestión documentado | 1 | Se tienen documentados los acuerdos de gestión |
| | 1 | Re-inducción realizada | Re-inducción realizada | 1 | Se realizo la re-inducción durante el mes de Noviembre de 2016 |
| Fortalecimiento de la Gestión Financiera y Económica | 65% | Porcentaje de procedimientos financieros documentados | No. De procedimientos documentados/No. De procedimientos que requieren documentación y revisión | 1 | Se documentaron los procedimientos correspondientes a nomina y tesoreria |
| | 5.5% | Margen de utilidad operativa | Utilidad operacional x 100/ Total ventas acumuladas | 0 | Para la vigencia 2016 se presenta una utilidad operacional del \$46.600.000 y un total de ventas acumuladas de \$2.355.230.000, para una utilidad operacional de 1,97%, no se logra la meta establecida que corresponde a un resultado del 5,5% |
| | 3% | Margen de utilidad neta | Utilidad neta x 100/ Total ventas acumuladas | 1 | Para la vigencia 2016 se presento una utilidad neta de \$396.781.000 y un total de ventas acumuladas de \$2.355.230.000, para un resultado en margen de utilidad neta del 16,84%, logrando la meta establecida que corresponde a un resultado mayor o igual a 3% |

| PROYECTO | META | INDICADOR | FÓRMULA INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE METAS A DICIEMBRE 31 DE 2016 | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|---------------------------------------|---|--|--|---|
| Fortalecimiento de la Gestión Financiera y Económica | Menor o igual a 0,90 | Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida | [(Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/Número de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación- , sin incluir cuentas por pagar/Número UVR producidas en la vigencia anterior)] | 1 | Para la vigencia 2016 de acuerdo a lo reportado en la Ficha Técnica del Ministerio de la Protección Social, los gastos de funcionamiento mas operación comercial y prestación de servicios por UVR corresponden a un valor de \$25.489,09. Este mismo dato para el año 2015 corresponde a \$29.190,35 observándose una disminución de dichos gastos en el año 2016 en comparación con el año 2015. Realizando la aplicación de la formula para generar el indicador (\$25.489,09/\$29.190,35), se obtiene un resultado de 0,87, logrando el cumplimiento de la meta establecida que corresponde a un valor menor a 0,90 en evolución del gasto por UVR. |
| | SIN RIESGO | Categorización del riesgo fiscal y financiero | Concepto emitido por el Ministerio de Salud y protección social | 0 | Se obtiene categorización en riesgo alto, no se logra el cumplimiento de la meta |
| | Mayor o igual a 1 | Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo | Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores. | 1 | De acuerdo a lo reportado en la Ficha Técnica del Ministerio de la Protección Social para la vigencia 2016, se presento un equilibrio presupuestal con recaudo correspondiente a 1,07, logrando el cumplimiento de la meta establecida que corresponde a un resultado mayor o igual a 1,00 |
| | 0 | 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 | A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)] | 1 | Al cierre de la vigencia 2016, la E.S.E. no presenta deudas referentes a personal vinculado ni a personal contratista |
| | Mayor o igual a 70% | Proporción de compras conjuntas, a cooperativas o por medios electrónicos | Valor de las compras conjuntas, a cooperativas o por medios electrónicos x 100 / Total compra del periodo | 1 | Durante la vigencia 2016 se realizaron compras a Cooperativas, empresa que corresponde a la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN). Se presento un valor por compras a dicha Cooperativa en medicamentos y material médico quirúrgico por valor de \$183.002.153,39 y un valor total de compras de medicamentos y material médico quirúrgico por valor de \$260.351.482,92, para un porcentaje del 70,3%, logrando el cumplimiento de la meta que corresponde a un resultado mayor o igual al 70% |
| | 20 DIAS | Rotación de cuentas por pagar - días | Días del periodo / rotación de cuentas por pagar | 0 | Durante los 360 días, se presento un periodo de cuentas por pagar de 7,6, para un promedio de rotación de cuentas por pagar de 47 días, incumpliendo la meta establecida que corresponde a un resultado menor o igual al 20 días. |
| | 120 DIAS | Rotación de cuentas por cobrar - días | Cuentas por Cobrar en Vta de Sv / (Ventas de Servicios /360) | 0 | Para la vigencia 2016 se presentan unas cuentas por cobrar por valor de \$998.044.000, y un valor en venta de servicios en los 360 días de \$2.355.230.000, aplicando la formula se presenta una rotación de cuentas por cobrar de 152, no se logra el cumplimiento de la meta que corresponde a un resultado menor o igual a 120 días. |
| | Fortalecimiento del Sistema de Costos | 1 | Informes de costos generados | Informes de costos | 1 |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A DICIEMBRE 31 DE 2016 | | | | 71% | |

Vigencia 2017 que comprende desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre:

| PROYECTO | META 2017 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE METAS 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|------------------------------------|--|---|---|--|---|
| Fortalecimiento del Talento humano | Un (1) estudio de suficiencia y competencia cada año. | Estudio de suficiencia y competencia del recurso humano para cada servicio. | Estudio realizado. | 1 | Dentro del programa de saneamiento fiscal se identifica la necesidad de personal, igualmente se cuenta con instrumento para análisis de las necesidades de talento humano. Se cuenta con soporte de certificados de estudio del personal |
| | Alcanzar el 100% en la realización de inducción a funcionarios nuevos | Proporción de funcionarios nuevos con inducción. | Número de funcionarios nuevos que recibieron inducción x 100/ Total funcionarios nuevos que ingresaron a la ESE | 0 | De 6 funcionarios que ingresaron a la institución (4 médicos rurales y 2 Auxiliares Administrativas) a 4 se les realizó inducción para un resultado del 67%, no se logró el cumplimiento de la meta establecida. Aunque se realizó inducción al personal médico, no se documentó el cronograma de inducción. |
| | Alcanzar el 70% o más de participación en la realización de reinducción | Proporción de funcionarios con reinducción. | Número de funcionarios que recibieron reinducción (por lo menos un ciclo)x 100/ Total funcionarios de la ESE | 1 | Se presentó una asistencia de 24 funcionarios de 27 que se tenían programados, obteniendo un resultado del 89%, logrando el cumplimiento de la meta establecida que corresponde a un resultado mayor o igual al 70%. |
| | Alcanzar un 90% o más en la realización de actividades del plan de capacitación | Proporción de cumplimiento del Plan institucional de capacitaciones. | Número de capacitaciones realizadas x100/ total capacitaciones programadas año. | 1 | Se alcanza la meta propuesta, se realizaron 34 actividades de capacitación y se programaron 26, para un cumplimiento del 131%. Se realizaron más ya que por parte de entidades externas se ofrece a la E.S.E capacitación las cuales se aprovecharon por parte de la institución. Se documentó e implementó el plan de capacitación institucional. |
| | Alcanzar un 90% o más en la realización de actividades del programa de | Proporción de cumplimiento del plan de bienestar e incentivos. | Número de actividades ejecutadas x 100/ Total actividades programadas | 1 | Se realizaron 20 actividades de bienestar social de que se tenían programadas 20 para un 100% de cumplimiento, logrando la meta establecida. Se documentó para la vigencia 2017 el plan de bienestar e incentivos el cual se implementó. |
| | Alcanzar un 85% o más en el cumplimiento del plan de mejoramiento de clima laboral | Proporción de cumplimiento del plan de mejoramiento del clima laboral | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadasX100 | 1 | Se logra el cumplimiento de la meta con un resultado del 100% (3 actividades programadas las cuales fueron ejecutadas). |
| | Alcanzar un 85% o más en el cumplimiento del plan de mejoramiento de Seguridad y Salud en el Trabajo | Porcentaje de cumplimiento del plan de Seguridad y salud en el trabajo | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadasX100 | 0 | Se obtiene un resultado en la ejecución del plan de salud y de seguridad en el trabajo del 84% (16 actividades realizadas de 19 programadas), no se logra el cumplimiento de la meta que corresponde a un resultado mayor o igual al 85%. |
| | Realizar evaluación al 100% de los funcionarios que les aplica | Porcentaje de cumplimiento de la evaluación y calificación de desempeño | No. De funcionarios evaluados/No. De funcionarios que les aplica la evaluaciónX100 | 1 | Se realiza evaluación a los 5 empleados de carrera administrativa, logrando el cumplimiento de la meta en un 100%. |

| PROYECTO | META 2017 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE METAS 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|--|---|---|--|---|
| Fortalecimiento de los programas de Promoción y Prevención | Cumplimiento mayor o igual 88% en acciones extramurales. | Proporción de cumplimiento en la realización de jornadas extramurales | No. de jornadas extramurales realizadas/No. de jornadas extramurales programadas x100 | 1 | Se alcanza la meta establecida con un resultado del 93% para la realización de jornadas extramurales, se tenía definido dentro del Plan Operativo Anual una meta mayor o igual al 88%. Durante la vigencia 2017 se realizaron 50 jornadas extramurales a difentes veredas con participación médica, de 54 que se tenían programadas. A través del cuadro de turnos médicos se realiza la programación de actividades extramurales por parte del Subgerente Científico. |
| | Lograr un 85% o más de gestantes captadas a más tardar en la semana 12 de gestación. | Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación | Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas | 0 | No se logra el cumplimiento de la meta, se presentaron 74 mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación; de 107 gestantes identificadas durante la vigencia 2017 para un resultado del 69%. Se cuenta con algunas actas de comité se requiere mejorar la realización de la actividad. |
| | Lograr un 90% o más de adherencia a la guía de HTA | Evaluación de aplicación de guía de manejo específica de atención de Enfermedad Hipertensiva. | Numero de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE/ Total de pacientes con Diagnostico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación | 0 | se presenta una adherencia del 85% en la aplicación de la guía de Hipertensión Arterial (103 historias clínicas con cumplimiento estricto de la guía de 120 historias clínicas auditadas), no se logra el cumplimiento de la meta que corresponde a un resultado mayor o igual a 90%. |
| | Lograr un 80% o más de adherencia a la guía de crecimiento y desarrollo. | Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo | Numero de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo/ Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia | 1 | Se presenta un resultado del 0,85 (102 historias clínicas con cumplimiento estricto de la guía de crecimiento y desarrollo de 120 historias clínicas auditadas), logrando el cumplimiento de la meta. |
| | Cero (0) casos de sífilis congénita. | Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE | Número de recién nacidos con Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE | 1 | A Diciembre 31 de 2017 no se presentaron casos de sífilis congénita |
| | Lograr un 95% o más de cobertura de menores de 1 año con esquemas de vacunación completos. | Cobertura de vacunación con esquemas adecuados en menores de 1 año. | Numero de pacientes de 1 año con esquemas adecuados para la edad/ Total pacientes programados x100 | 1 | Se presenta una cobertura en vacunación en menores de 1 año del 100%, cumpliendo la meta establecida que corresponde a un resultado mayor o igual al 95%. Para el año 2017 se tenían programados 145 menores de 1 año para vacunar con esquemas adecuados para la edad. |
| | Mantener un 8% o menos en nacidos con bajo peso. | Proporción de nacidos con bajo peso. | Nacidos con menos de 2500 gr/ Total de nacidos vivos en el período x100 | 1 | Se cumple la meta establecida que corresponde a un resultado menor o igual al 8% de nacidos con bajo peso al nacer. Para la vigencia 2017 no se presentaron casos de nacidos con bajo peso de 12 nacidos vivos que se atendieron en la institución. Se cuenta con indicadores definidos en los gerenciales de indicadores para los servicios. |

| PROYECTO | META 2017 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE METAS 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|---|--|---|--|--|--|
| Fortalecimiento de los servicios de hospitalización y obstetricia | Registrar una tasa de muerte materna menor o igual a 14,4 | Tasa de muerte materna. | Número de muertes relacionadas con embarazo, parto y puerperio en un periodo de tiempo/ Número de nacidos vivos en el mismo periodo x100.000 | 1 | Durante el año 2017 no se presentaron casos de muertes maternas, logrando el cumplimiento de la meta que corresponde a una tasa de mortalidad materna menor o igual a 14,4 por 100.000 nacidos vivos. |
| | Registrar una tasa de muerte perinatal menor o igual 11,2 | Tasa de muerte perinatal. | Número de muertes perinatales en la institución/Número total de nacidos vivosX1000 | 1 | Durante el año 2017 no se presentaron casos de muertes perinatales, logrando el cumplimiento de la meta que corresponde a una tasa de mortalidad perinatal menor o igual a 11,2 por 1.000 nacidos vivos. |
| | Porcentaje de 5% o menos en muertes después de 48 horas de internación. | Proporción de muerte después de 48 horas de internación. | Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso/ Número total de pacientes hospitalizados | 1 | Se logra el cumplimiento de la meta que corresponde a un resultado menor o igual al 5%. Para el año 2017 se presentaron 5 muertes después de 48 horas de 126 pacientes hospitalizados. |
| | Porcentaje de 5% o menos en reingresos a hospitalización antes de 20 días | Proporción de Reingresos a hospitalización antes de 20 días por la misma causa. | Número de reingresos a hospitalización antes de 20 días por la misma causa/ Total egresos vivos | 1 | Para la vigencia 2017 se logra el cumplimiento de la meta del indicador de re-ingresos a Hospitalización antes de 20 días por la misma causa, la cual se tenía definida en un resultado menor o igual al 5%. Se presentó un (1) re-ingreso de 121 egresos vivos. Se viene realizando la medición y análisis de los indicadores correspondientes al servicio. |
| Fortalecimiento del servicio de laboratorio. | Entregar resultados de laboratorio urgentes en 60 minutos o menos. | Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio urgentes - minutos | Sumatoria de minutos entre la recepción de la orden de examen de urgencia y la hora de entrega del resultados en urgencias/ Total ordenes recibidas del servicio de urgencias. | 1 | Se presenta un resultado de 32 minutos (6353 minutos desde la solicitud hasta la entrega de la muestra de 196 exámenes recibidos en urgencias), se logra el cumplimiento de la meta. |
| Fortalecimiento del servicio de urgencias | Porcentaje menor o igual al 3% en reingresos a urgencias entre 24 y 72 horas. | Reingresos por el servicio de urgencias entre 24 y 72 horas por la misma causa | Número de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas, que hacen parte de la muestra representativa /Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa. | 1 | Se logra el cumplimiento de la meta que corresponde a un resultado menor o igual a 3%, se presentaron un número de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas de 50 y un total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa de 2266. |
| | Lograr la atención de urgencias en triage 2 en 30 minutos o menos en promedio. | Oportunidad promedio en la atención de urgencias triage 2 - 30 minutos | Sumatoria de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias triage 2 y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico/ Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias triage 2 | 1 | Durante la vigencia 2017 se presentó una sumatoria de minutos desde la solicitud de la atención en urgencias hasta la atención de 14778 y un total de usuarios atendidos de 1147, para un promedio en la oportunidad de la atención en urgencias de 12,88 minutos logrando el cumplimiento de la meta que corresponde a un resultado menor o igual a 30 minutos. |

| PROYECTO | META 2017 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE METAS 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|---|---|---|--|---|
| Fortalecimiento del servicio de consulta externa | Mantener la asignación de citas para consulta médica general en 3 días o menos en promedio. | Oportunidad promedio en la atención de consulta medica general en días | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/ Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución. | 1 | Se logra el cumplimiento de la meta establecida que corresponde a un resultado mayor o igual a 3 días. |
| Fortalecimiento del servicio de atención odontológica. | Mantener la asignación de citas para consulta odontológica en 3 días o menos en promedio. | Oportunidad promedio en la atención de consulta odontológica de primera vez | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en odontología y la fecha para la cual es asignada la cita (1ra vez) / Número total de consultas | 1 | Se presenta una oportunidad en atención en consulta de odontología de primera vez de 1,18 días (1794 días desde la solicitud de la cita hasta la asignación de la cita de primera vez), logrando el cumplimiento de la meta establecida. |
| Fortalecimiento del servicio farmacéutico | Entregar medicamentos faltantes en 48 horas o menos. | Oportunidad en la entrega de medicamentos faltantes. | Sumatoria de horas transcurridas entre la reclamación de la fórmula y la entrega de los medicamentos faltantes/ total fórmulas con medicamentos faltantes. | 1 | Se presenta un resultado de 1,98 días (que corresponde a 47,52 horas) para la entrega de medicamentos faltantes (21 días transcurridos entre la reclamación de la formula y la entrega de los medicamentos, de 11 medicamentos no entregados), logrando el cumplimiento de la meta establecida que corresponde a un resultado menor o igual a 48 horas que corresponde a 2 días. |
| Fortalecimiento del Sistema de Control Interno. | Alcanzar un cumplimiento de 65% o más del plan de mejoramiento MECI | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento MECI | No. de actividades realizadas del plan de mejoramiento MECI/No. de actividades programadas x100 | 0 | <p>No se logra el cumplimiento de la meta, se obtiene un resultado en la ejecución del plan de mejoramiento MECI correspondiente al 60% (32 actividades realizadas de 53 programadas).</p> <p>Se vienen elaborando los informes pormenorizados MECI de acuerdo a lo definido por la normatividad vigente.</p> <p>Se cuenta con plan de mejoramiento MECI para la vigencia 2017 el cual incluye actividades de control interno contable con base en la Resolución 193 de 2016.</p> <p>Se viene realizando la documentación de mapas de riesgos por procesos con base en la metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.</p> <p>Se realizo la documentación de los correspondientes a Odontología, Laboratorio y se esta trabajando en los correspondientes al procedimiento contable.</p> <p>No se ha realizado la operatividad del Comité de Control Interno Disciplinario.</p> |

| PROYECTO | META 2017 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE METAS 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|---|--|---|--|--|
| Fortalecimiento del Sistema de garantía de la calidad. | Mantener el 100% de servicios habilitados | Certificación del cumplimiento de requisitos de habilitación. | Número de servicios certificados en cumplimiento de requisitos de habilitación/Total servicios declarados x100 | 1 | Se cuenta con el 100% de los servicios habilitados logrando el cumplimiento de la meta, se realizo la renovación de éstos en el registro especial de prestadores en Enero de 2017 y en Enero de 2018. |
| | Alcanzar un cumplimiento del 60% en el plan de mejoramiento para fortalecer habilitación | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento de habilitación. | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadas x100 | 0 | No se logra el cumplimiento de la meta, se presenta un resultado del plan de mejoramiento de habilitación correspondiente al 29% (12 actividades realizadas de 42 programadas). |
| | Alcanzar el 100% en la gestión de eventos adversos. | Porcentaje de eventos adversos gestionados | No. De eventos adversos gestionados/No. De eventos adversos presentados x100 | 1 | Se logra el cumplimiento de la meta con un resultado del 100% (9 eventos presentados los cuales fueron gestionados en su totalidad). |
| | Lograr un cumplimiento del 95% en la realización de seguimiento de adherencia al protocolo de lavado de manos | Porcentaje de cumplimiento de los seguimientos | No de seguimientos realizados/No. De seguimientos programadosX100 | 1 | Se realizaron 10 seguimientos al protocolo de lavado de manos en las diferentes dependencias los cuales se tenían programados, logrando el cumplimiento de la meta establecida en un 100%. |
| | Lograr un cumplimiento de 90% o mayor en el plan de mejoramiento con enfoque de acreditación. | Porcentaje de cumplimiento en el plan de mejoramiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con enfoque de acreditación | No. De actividades realizadas con enfoque de acreditación/No. De actividades programadas con enfoque de acreditación X100 | 1 | Se logra el cumplimiento de la meta con un resultado del plan de mejoramiento PAMEC del 92% (24 actividades realizadas de 26 programadas). |
| | | | | | Se documento cronograma de auditoría para la vigencia 2017 Se cuenta con matriz de priorización de procesos. Se documento e implemento el plan de mejoramiento PAMEC. Se realiza seguimiento al plan de mejoramiento PAMEC. |
| Fortalecimiento del Sistema de Información | Lograr un reporte de cumplimiento en envío de informes de la Circular única. | Oportunidad en reporte de la Circular Única - Supersalud | Reporte del cumplimiento por parte de la Supersalud. | 1 | Al momento de la revisión del presente plan, no se cuenta con dato para medir el indicador ya que éste es generado por la Superintendencia de Salud y aun dicha entidad no ha emitido el resultado. |
| | Lograr un reporte de cumplimiento en envío de informes del Decreto 2193 de 2004 | Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya | Reporte del cumplimiento por parte del Ministerio de salud y protección social. | 1 | Se certifica por parte del Ministerio de la Protección Social para la vigencia 2017 un cumplimiento oportuno en el reporte al Ministerio de la Protección Social en Salud de acuerdo lo definido en el Decreto 2193 de 2004. |
| | Presentar a la junta directiva 4 informes o más sobre producción basada en RIPS. | Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones - RIPS | N° de informes basados en el Registro Individual de prestaciones - RIPS. | 1 | Se logra el cumplimiento de la meta, se cuenta con registro de 4 actas de Junta Directiva con información del registro individual de prestación de servicios (RIPS). |
| Se realizo revisión y ajuste al gerencial de indicadores de cada servicio Se viene realizando medición de los indicadores por parte de las dependencias y revisión de resultados en Comité de Gerencia. | | | | | |

| PROYECTO | META 2017 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE METAS 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|---|--|--|--|--|---|
| Implementación del Sistema de Gestión Documental | Alcanzar un cumplimiento del 40% o más del plan de mejoramiento de Gestión | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento de Gestión Documental. | No. de actividades realizadas/No. de actividades programadas x100 | 0 | Se nombro el líder del archivo de gestión documental, del cual quedo encargada la Auxiliar Administrativa - Luz Elena No se cuenta con diagnóstico ni plan de acción para la gestión documental durante la vigencia 2017. |
| Fortalecimiento de la gestión ambiental. | Alcanzar un cumplimiento del plan de gestión de residuos hospitalario mayor o igual a 80% | Porcentaje de cumplimiento del plan de gestión de residuos hospitalarios. | No. de actividades realizadas/No. de actividades programadas x100 | 1 | Para la vigencia 2017 se documento el plan de gestión de residuos hospitalarios, en el cual se programaron 19 actividades de las cuales se obtiene un cumplimiento de 17, con el cual se logra la meta establecida que corresponde a un resultado mayor o igual al 80%. Se vienen manejando indicadores de gestión de residuos hospitalarios, revisados dentro del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria Se gestiono licencia de vertimientos con Corantioquia, se cuenta con documento de licencia el cual se socializo a la Administración Municipal y al nivel directivo para su custodia dentro de los archivos institucionales. Se vienen actualizando carteleras y por parte del Técnico en Saneamiento se realizan inspecciones a los diferentes servicios. |
| Mantenimiento del ambiente físico y tecnológico | Lograr un cumplimiento mayor o igual al 90% en ejecución del plan de mantenimiento hospitalario. | Porcentaje de cumplimiento al plan de mantenimiento institucional. | No. de actividades realizadas/No. de actividades programadas x100 | 1 | Se logra el cumplimiento de la meta con un resultado del 90% (se realizaron 26 actividades de mantenimiento de 29 que se tenían programadas). |
| Fortalecimiento de la plataforma informatica (software) | Software institucional actualizado | Software actualizado | Software actualizado | 1 | Se cuenta con software actualizado, se realizo contrato con el proveedor de éste. Se realizo capacitación al personal médico y a la Auxiliar Administrativa - Archivo, se cuenta con soportes de listado de asistencia. |
| | Software de laboratorio operativizado | Modulo de laboratorio operativizado | Modulo de laboratorio operativizado | 1 | Se adquirio el modulo para laboratorio el cual se encuentra en funcionamiento, logrando el cumplimiento de la meta. Se realizo capacitación a la bacteriologa se cuenta con listado de asistencia |
| Actualización y reposición de la plataforma tecnológica de equipos biomédicos e informáticos (Hardware) | Reposición de equipos según necesidad y disponibilidad presupuestal | Reposición de equipos realizada | Reposición de equipos realizada | 1 | Se realizo cambio de equipos biomedicos, se adquirieron equipos nuevos para el laboratorio para los exámenes de segundo nivel que se comenzaron a realizar. |
| Mejora del parque automotor de las ambulancias para la E.S.E. del Municipio de Granada | Adquisición de una ambulancia | Ambulancia adquirida | Ambulancia adquirida | 0 | No se logro la adquisición de la ambulancia para la presente vigencia, se cuenta con el proyecto y se vienen gestionando los recursos, éste continuará programado para el plan operativo anual 2018. |
| Ampliación del portafolio de exámenes de laboratorio | Desarrollo técnicas en el laboratorio para 5 exámenes nuevos en el portafolio de la E.S.E. | Porcentaje de técnicas nuevas implementadas | No. De técnicas nuevas realizados/No. Técnicas nuevas programadas X100 | 1 | Se desarrollaron las 5 técnicas que se tenían programadas para el servicio de laboratorio, logrando el cumplimiento de la meta. |

| PROYECTO | META 2017 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE METAS 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|--|--|--|--|---|
| Fortalecimiento de la escucha activa | Lograr un porcentaje de satisfacción mayor o igual 80% | Porcentaje usuarios satisfechos o Porcentaje de usuarios que recomiendan la ESE. | No. de usuarios que responden que calificarían su experiencia global respecto a los servicios de salud como muy buena y buena/Total de usuarios encuestadosX100 | 1 | Selogra el cumplimiento de la meta con resultado de satisfacción global del usuario del 96%. |
| | Responder quejas, reclamos y sugerencias en 15 días o menos. | Oportunidad promedio en la respuesta de manifestaciones de usuarios - dias (PQRS). | Sumatoria de días entre la fecha de radicación de la queja, reclamo o sugerencia o apertura de buzón y la fecha de respuesta/ Total manifestaciones que se le dio respuesta | 1 | Se obtiene un resultado de 5 días promedio en la respuesta a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (97 días de tiempo de respuesta de 20 pqrs repondidas). |
| Fortalecimiento del Mercadeo y comunicación | Ejecutar el plan de mercadeo y comunicaciones en un porcentaje mayor o igual al 65%. | Porcentaje de cumplimiento del plan de comunicaciones | Porcentaje de cumplimiento del plan de comunicaciones: No. de actividades realizadas/No. de actividades programadas x100 | 1 | Se logra el cumplimiento de la meta con un resultado del 67% (26 actividades realizadas de 39 programadas). |
| | | | | | Se viene realizando publicación de la información en página web tratando de dar cumplimiento a los lineamientos de la ley 1712 de 2014, la actividad debe continuar realizándose. |
| Fortalecimiento de la Gestión Financiera y Económica | Evolución del gasto por unidad de valor relativo menor o igual a 0,9 | Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida. | [(Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/Número de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación- , sin incluir cuentas por pagar/Número UVR producidas en la vigencia anterior)] | 0 | Para la vigencia 2017 de acuerdo a lo reportado en la Ficha Técnica del Ministerio de la Protección Social, los gastos de funcionamiento mas operación comercial y prestación de servicios por UVR corresponden a un valor de \$26959,9. Este mismo dato para el año 2016 corresponde a \$26954,71 observándose un incremento de dichos gastos en el año 2017 en comparación con el año 2016. Realizando la aplicación de la formula para generar el indicador $(\frac{26959,9}{26954,71})$, se obtiene un resultado de 1,00; no se logra el cumplimiento de la meta establecida que corresponde a un valor menor a 0,90 en evolución del gasto por UVR. |
| | Lograr el equilibrio presupuestal en valor mayor o igual a 1. | Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo. | Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores | 1 | De acuerdo a lo reportado en la Ficha Técnica del Ministerio de la Protección Social para la vigencia 2017, se presento un equilibrio presupuestal con recaudo correspondiente a 1,17, logrando el cumplimiento de la meta establecida que corresponde a un resultado mayor o igual a 1,00 |
| | Lograr la recategorización del riesgo, alcanzando el riesgo medio | Categorización del riesgo fiscal y financiero | Concepto emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social | | 0 |

| PROYECTO | META 2017 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE METAS 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|---|--|--|--|--|
| Fortalecimiento de la Gestión Financiera y Económica | Cero (0) deudas superior a un mes por concepto de salarios y prestación de servicios. | 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: A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. | A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)] | 1 | No se tienen deudas por salarios al cierre de la vigencia 2017 |
| | Proporción mayor o igual a 70% en compras de medicamentos y material medico quirúrgico por medios eficientes. | Proporción de compras conjuntas, a cooperativas de hospitales o por medios electrónicos. | Valor de las compras conjuntas, a cooperativas de hospitales o por medios electrónicos/ Total compra del periodo x100 | 1 | Se logra el cumplimiento de la meta con un resultado del 78% (\$203.882.132 de compras a Cooperativas de E.S.E. de un total de compras de 261088474) |
| | Lograr un margen de utilidad operativa mayor o igual al 1% | Margen de utilidad operativa. | Utilidad operacional/ Total ventas acumuladas x100 | 0 | No se logra el cumplimiento de la meta, se presenta un resultado de 0,07 de margen de utilidad. |
| | Lograr un margen de utilidad neta mayor o igual al 1% | Margen de utilidad neta: Utilidad neta. | Utilidad neta/Total ventas acumuladas x100 | 1 | Se presenta un resultado del 16% de utilidad neta, logrando el cumplimiento de la meta establecida que se tenía establecida en un resultado mayor o igual al 1%. |
| | Rotación de cuentas por pagar en un término menor o igual a 30 días | Rotación de cuentas por pagar - días. | Días del periodo / rotación de cuentas por pagar | 1 | Se logra el cumplimiento de la meta con un resultado de 0 días de deudas con proveedores y acreedores |
| | Rotación de cuentas por cobrar en un término menor o igual a 120 días | Rotación de cuentas por cobrar - días. | Días del periodo / rotación de cuentas por cobrar | 0 | No se logra el cumplimiento de la meta con un resultado de 146 días de rotación de cuentas por cobrar. |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A DICIEMBRE 31 DE 2017 | | | | 78% | |

Vigencia 2018 que comprende desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre:

| PROYECTO | META 2018 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE LA META A DICIEMBRE 31 DE 2018 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|------------------------------------|---|---|---|---|--|
| Fortalecimiento del Talento humano | Un (1) estudio de suficiencia y competencia cada año. | Estudio de suficiencia y competencia del recurso humano para cada servicio. | Estudio realizado. | 1 | Se cuenta con análisis de talento humano, para identificar la necesidad de éste. |
| | Alcanzar el 100% en la realización de inducción a funcionarios nuevos | Proporción de funcionarios nuevos con inducción. | Número de funcionarios nuevos que recibieron inducción x 100/ Total funcionarios nuevos que ingresaron a la ESE | 1 | Se realizo al personal médico nuevo, revisar los soportes con el Subgerente Científico. Se cuenta con cronograma de inducción del 25 de Julio de 2018. |
| | Alcanzar el 70% o más de participación en la realización de reinducción | Proporción de funcionarios con reinducción. | Número de funcionarios que recibieron reinducción (por lo menos un ciclo)x 100/ Total funcionarios de la ESE | 1 | Se han realizado dos jornadas de reinducción durante el año con participación de los funcionarios. Se realizo una en el mes de Junio con una participación de 24 funcionarios de 33 para un cumplimiento del 73% y otra en el mes de Septiembre se estan consolidando datos para la generación de la información, se logra el cumplimiento del indicador a la fecha. |
| | Alcanzar un 90,5% o más en la realización de actividades del plan de capacitación | Proporción de cumplimiento del Plan institucional de capacitaciones. | Número de capacitaciones realizadas x100/ total capacitaciones programadas año. | 1 | Se implemento el plan de capacitación para la vigencia 2018, a Diciembre de 2018 se realizaron 34 actividades de 36 que se tienen programadas, se obtiene un resultado del 94%, logrando el cumplimiento de la meta. |

| PROYECTO | META 2018 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE LA META A DICIEMBRE 31 DE 2018 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|--|---|--|---|--|
| Fortalecimiento del Talento humano | Alcanzar un 90,5% o más en la realización de actividades del programa de bienestar social | Proporción de cumplimiento del plan de bienestar e incentivos. | Número de actividades ejecutadas x 100/ Total actividades programadas | 1 | Se implemento el plan de bienestar para la vigencia 2018, a Diciembre de 2018 se realizaron 19 actividades de 21 que se tienen programadas, logrando un resultado del 90%, cumpliendo así la meta establecida. |
| | Alcanzar un 85,5% o más en el cumplimiento del plan de mejoramiento de clima laboral | Proporción de cumplimiento del plan de mejoramiento del clima laboral | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadasX100 | 1 | Se realizo la medición del clima laboral durante el segundo semestre del año 2018, dentro de las acciones de mejora a definir, se establecida la documentación del plan de mejora con actividades a desarrollar durante el año 2019, logrando el cumplimiento de la actividad programada para la presente vigencia la cual correspondía al análisis de los resultados y la documentación del plan de mejora. |
| | Alcanzar un 85,5% o más en el cumplimiento del plan de mejoramiento de Seguridad y Salud en el Trabajo | Porcentaje de cumplimiento del plan de Seguridad y salud en el trabajo | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadasX100 | 1 | Se cuenta con el plan de mejoramiento para la implementación del Sistema de Salud y Seguridad en el Trabajo. A Diciembre de 2018 se han realizado 16 actividades de 18 programadas, para un cumplimiento del 83%, logrando el cumplimiento de la meta establecida. |
| | Realizar evaluación al 100% de los funcionarios que les aplica | Porcentaje de cumplimiento de la evaluación y calificación de desempeño | No. De funcionarios evaluados/No. De funcionarios que les aplica la evaluaciónX100 | 1 | |
| Fortalecimiento de los programas de Promoción y Prevención | Cumplimiento mayor o igual 88,5% en acciones extramurales. | Proporción de cumplimiento en la realización de jornadas extramurales | No. de jornadas extramurales realizadas/No. de jornadas extramurales programadas x100 | 1 | Se realizaron 57 actividades las cuales se tenían programadas, logrando un cumplimiento del 100%. |
| | Lograr un 85% o más de gestantes captadas a más tardar en la semana 12 de gestación. | Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación | Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas | 0 | Dentro de la socialización del protocolo de atención a gestantes se incluyo personal que realiza actividades extramurales |
| | | | | | Se realizo socialización del protocolo de atención a las gestantes |
| | | | | | Se vienen realizando los comites de COVE e historias clínicas, se cuenta con actas. A Diciembre 31 de 2018, se captaron 93 gestantes antes de la semana 12 de 122 gestantes que ingresaron en el período, para un resultado del 76%, no se logra la meta establecida que corresponde a un resultado mayor o igual a 0,85. |
| | | | | | Se viene trabajando por parte de la Subgerencia Científica en el protocolo de captación de gestantes |
| | | | | Se realizo socialización de control prenatal con participación de la Enfermera Jefe, Subgerente Científico y Médica. | |
| | | | | Se vienen realizando auditoría de adherencia a las guías de control prenatal y se cuenta con plan de mejoramiento dentro del informe de resultados. Se obtiene un resultado del primer trimestre del 88% de cumplimiento de adherencia a la guía. | |

| PROYECTO | META 2018 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE LA META A DICIEMBRE 31 DE 2018 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|--|---|---|---|---|
| Fortalecimiento de los programas de Promoción y Prevención | Lograr un 90% o más de adherencia a la guía de HTA | Evaluación de aplicación de guía de manejo específica de atención de Enfermedad Hipertensiva. | Numero de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada | 1 | Se realizó socialización de hipertensión arterial en el mes de Agosto de 2018. Se realizó auditoría de adherencia a la Se documentan los planes de acción dentro de los informes de la auditoría. |
| | Lograr un 80% o más de adherencia a la guía de crecimiento y desarrollo. | Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo | Numero de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo/ Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia | 1 | Se realizó socialización de la guía de crecimiento y desarrollo el 10 de Septiembre de 2018, se cuenta con acta de capacitación, listado de asistencia y presentación Se realizó auditoría de adherencia a la guía de Crecimiento y Desarrollo obteniendo a Diciembre 31 de 2018 un cumplimiento del 87% (78 historias clínicas con cumplimiento de la guía de una muestra de 90 historias clínicas auditadas), logrando la meta establecida. Se vienen realizando auditoría, no se cuenta con la muestra para realizar la auditoría del segundo y tercer trimestre Se documentan los planes de acción dentro de los informes de la auditoría. |
| | Cero (0) casos de sífilis congénita. | Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE | Número de recién nacidos con Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE | 0 | Se presentó un caso de sífilis congénita reportado al Sivigila en Julio de 2018. Se realizaron actividades de capacitación a la comunidad a nivel extramural se cuenta con listados de asistencia del mes de abril y junio de 2018. Se realizó socialización de control prenatal con participación de la Enfermera Jefe, Subgerente Científico y Médica. Se vienen realizando auditoría de adherencia a las guías de control prenatal y se cuenta con plan de mejoramiento dentro del informe de resultados. Se obtiene un resultado del primer trimestre del 88% de cumplimiento de adherencia a la guía. |
| | Lograr un 95% o más de cobertura | Cobertura de vacunación con | Numero de pacientes de 1 año con | 1 | Se viene realizando la medición y el seguimiento de vacunación a los |
| | Mantener un 8% o menos en nacidos con bajo peso. | Proporción de nacidos con bajo peso. | Nacidos con menos de 2500 gr/ Total de nacidos vivos en el período x100 | 1 | A Diciembre 31 de 2018 no se presentaron nacidos con bajo peso. Se vienen realizando auditoría de adherencia a las guías de control prenatal y se cuenta con plan de mejoramiento dentro del informe de resultados. Se obtiene un resultado del primer trimestre del 88% de cumplimiento de adherencia a la guía. Se define plan de mejoramiento dentro del informe de la auditoría |

| PROYECTO | META 2018 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE LA META A DICIEMBRE 31 DE 2018 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|---|--|---|--|---|---|
| Fortalecimiento de los servicios de hospitalización y obstetricia | Registrar una tasa de muerte materna menor o igual a 14,4 | Tasa de muerte materna. | Número de muertes relacionadas con embarazo, parto y puerperio en un periodo de tiempo/ Número de nacidos vivos en el mismo periodo x100.000 | 1 | Se cuenta con socialización del protocolo No se han presentado casos de muerte materna |
| | Registrar una tasa de de muerte perinatal menor o igual 11,2 | Tasa de muerte perinatal. | Número de muertes perinatales en la institución/Número total de nacidos vivosX1000 | 1 | No se han presentado casos de muerte perinatal. |
| | Porcentaje de 5% o menos en muertes después de 48 horas de internación. | Proporción de muerte después de 48 horas de internación. | Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso/ Número total de pacientes hospitalizados | 1 | No se han registrado casos de mortalidad intrahospitalaria |
| | Porcentaje de 5% o menos en reingresos a hospitalización antes de 20 días | Proporción de Reingresos a hospitalización antes de 20 días por la misma causa. | Número de reingresos a hospitalización antes de 20 días por la misma causa/ Total egresos vivos | 1 | Se presenta un porcentaje de reingresos a Diciembre 31 de 2018 del 1.8% (3 reingresos de 171 egresos vivos, logrando el cumplimiento de la meta |
| Fortalecimiento del servicio de laboratorio | Entregar resultados de laboratorio | Oportunidad en la entrega de resultados | Sumatoria de minutos entre la recepción de | 1 | Se presento una oportunidad en entrega de exámenes a urgencias de |
| Fortalecimiento del servicio de urgencias | Porcentaje menor o igual al 3% en reingresos a urgencias entre 24 y 72 horas. | Reingresos por el servicio de urgencias entre 24 y 72 horas por la misma causa | Número de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas, que hacen parte de la muestra representativa /Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa. | 1 | Se obtiene un resultado de reingresos a urgencias del 1,8%, logrando el cumplimiento de la meta. |
| | Lograr la atención de urgencias en triage 2 en 30 minutos o menos en promedio. | Oportunidad promedio en la atención de urgencias triage 2 - 30 minutos | Sumatoria de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias triage 2 y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico/ Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias triage 2 | 1 | A Diciembre 31 de 2018 la atención de urgencias en triage II se encuentra en 10,8 minutos, logrando la meta. |

| PROYECTO | META 2018 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE LA META A DICIEMBRE 31 DE 2018 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|---|--|---|---|--|
| Fortalecimiento del servicio de consulta externa | Mantener la asignación de citas para consulta médica general en 3 días o menos en promedio. | Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general en días | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/ Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución. | 1 | Se cuenta con una oportunidad en asignación de cita médica de 2 días, logrando la meta establecida. |
| Fortalecimiento de atención odontológica. | Mantener la asignación de citas para consulta odontológica en 3 días o menos en promedio. | Oportunidad promedio en la atención de consulta odontológica de primera vez | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en odontología y la fecha para la cual es asignada la cita (1ra vez) / Número total de consultas odontológicas asignadas en la institución. | 1 | Se presenta un resultado en oportunidad en asignación de cita odontológica de 1.2 días, logrando el cumplimiento de la meta |
| Fortalecimiento del servicio farmacéutico | Entregar medicamentos faltantes en 48 horas o menos. | Oportunidad en la entrega de medicamentos faltantes. | Sumatoria de horas transcurridas entre la reclamación de la fórmula y la entrega de los medicamentos faltantes/ total fórmulas con medicamentos faltantes. | 1 | A Diciembre 31 de 2018, se logra una oportunidad en la entrega de medicamentos faltantes de 1,25 días, logrando el cumplimiento de la meta que corresponde a un resultado menor a 48 horas o 2 días. |
| Fortalecimiento del Sistema de Control Interno. | Alcanzar un cumplimiento de 67% o más del plan de mejoramiento MECI | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento MECI | No. de actividades realizadas del plan de mejoramiento MECI/No. de actividades programadas x100 | 1 | A Diciembre 31 de 2018, se obtiene un cumplimiento del plan de mejoramiento MECI del 70% (39 actividades realizadas de 56 programadas), logrando el cumplimiento de la meta establecida. |
| Fortalecimiento del Sistema de garantía de la calidad. | Mantener el 100% de servicios habilitados | Certificación del cumplimiento de requisitos de habilitación. | Número de servicios certificados en cumplimiento de requisitos de habilitación/Total servicios declarados x100 | 1 | Se cuenta con certificación de habilitación de todos los servicios |
| | Alcanzar un cumplimiento del 60,5% en el plan de mejoramiento para fortalecer habilitación | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento de habilitación. | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadas x100 | 1 | Se logra un cumplimiento del 67% en el plan de mejoramiento de habilitación, logrando el cumplimiento de la meta. |
| | Alcanzar el 100% en la gestión de eventos adversos. | Porcentaje de eventos adversos gestionados | No. De eventos adversos gestionados/No. De eventos adversos presentados x100 | 1 | Se cuenta con actas de comité de seguridad del paciente, donde se viene realizando el análisis de los incidentes, eventos y acciones inseguras, los 8 que fueron reportados han sido gestionados, logrando el cumplimiento de la meta. |
| | Lograr un cumplimiento del 95% en la realización de seguimiento de adherencia al protocolo de lavado de manos | Porcentaje de cumplimiento de los seguimientos | No de seguimientos realizados/No. De seguimientos programadosX100 | 1 | Se logra el cumplimiento de la meta en un 100%, se programaron dentro del plan de acción 4 actividades de revisión del protocolo de lavado de manos, las cuales se lograron. |
| | Lograr un cumplimiento de 90% o mayor en el plan de mejoramiento con enfoque de | Porcentaje de cumplimiento en el plan de mejoramiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con | No. De actividades realizadas con enfoque de acreditación/No. De actividades programadas con | 1 | Se logra un cumplimiento del 90% en el plan de mejoramiento del PAMEC (28 actividades realizadas de 31 programadas), logrando el cumplimiento de la meta. |

| PROYECTO | META 2018 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE LA META A DICIEMBRE 31 DE 2018 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|--|---|---|---|--|
| Fortalecimiento del Sistema de Información | Lograr un reporte de cumplimiento en envío de informes de la Circular única. | Oportunidad en reporte de la Circular Única - Supersalud | Reporte del cumplimiento por parte de la Supersalud. | 1 | De acuerdo a la certificación emitida por la Superintendencia de Salud, se logra un cumplimiento oportuno para la vigencia 2018. |
| | Lograr un reporte de cumplimiento en envío de informes del Decreto 2193 de 2004 | Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya | Reporte del cumplimiento por parte del Ministerio de salud y protección social. | 1 | De acuerdo a la certificación emitida por el Ministerio de la Protección Social, se logra un cumplimiento oportuno para la vigencia 2018. |
| | Presentar a la junta directiva 4 informes o más sobre | Utilización de la información de Registro Individual de | Nº de informes basados en el Registro Individual de | 1 | Se cuenta con 4 informes con base en rips presentados a la junta directiva a Diciembre 31 de 2018. |
| Implementación del Sistema de Gestión Documental | Alcanzar un cumplimiento del 45% o más del plan de mejoramiento de Gestión documental. | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento de Gestión Documental. | No. de actividades realizadas/No. de actividades programadas x100 | 0 | Se realizó el diagnóstico del Sistema de Gestión Documental, a partir del cual se documentó el plan de mejoramiento. A Diciembre 31 de 2018, se realizó una (1) actividad de cuatro (4) que se tenían programadas, para un cumplimiento del 25%, no se logra el cumplimiento de la meta establecida. |
| Fortalecimiento de la gestión ambiental. | Alcanzar un cumplimiento del plan de gestión de residuos hospitalario mayor o igual a 80% | Porcentaje de cumplimiento del plan de gestión de residuos hospitalarios. | No. de actividades realizadas/No. de actividades programadas x100 | 1 | En total se programaron 14 actividades para el año 2018, alcanzando la realización de todas, para un resultado del 100%, logrando el cumplimiento de la meta. |
| Mantenimiento del ambiente físico y tecnológico | Lograr un cumplimiento mayor o igual al 90% en ejecución del plan de mantenimiento hospitalario. | Porcentaje de cumplimiento al plan de mantenimiento institucional. | No. de actividades realizadas/No. de actividades programadas x100 | 1 | Se implementó el plan de mantenimiento, realizando 27 actividades de 30 programadas a Diciembre 31 de 2018, para un cumplimiento de la meta del 90%, logrando la meta establecida. |
| | | | | | Se ha realizado mantenimiento de los equipos. |
| | | | | | Se programará para noviembre la calibración de los equipos |
| | | | | | Se cuenta con acta de supervisión del contrato de mantenimiento |
| Fortalecimiento de la plataforma informática (software) | Software institucional actualizado | Software actualizado | Software actualizado | 1 | Se realizó capacitación a los funcionarios donde se realizó actualización del software, se capacitó al personal médico nuevo. |
| Mejora del parque automotor de las ambulancias para la E.S.E. del Municipio de Granada | Adquisición de una ambulancia | Ambulancia adquirida | Ambulancia adquirida | 1 | Se cuenta con ambulancia, se viene realizando el trámite de la habilitación ante la Seccional. |

| PROYECTO | META 2018 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE LA META A DICIEMBRE 31 DE 2018 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|---|--|---|---|---|--|
| Fortalecimiento de la escucha activa | Lograr un porcentaje de satisfacción mayor o igual 81% | Porcentaje usuarios satisfechos o Porcentaje de usuarios que recomiendan la ESE. | No. de usuarios que responden que calificarían su experiencia global respecto a los servicios de salud como muy buena y | 1 | A Diciembre 31 de 2018, se logra un cumplimiento en la satisfacción de los usuarios del 99% (1558 usuarios calificaron la satisfacción en muy buena y buena, de un total de 1573 encuestados), logrando alcanzar la meta. |
| | Responder quejas, reclamos y sugerencias en 15 días o menos. | Oportunidad promedio en la respuesta de manifestaciones de usuarios - días (PQRS). | Sumatoria de días entre la fecha de radicación de la queja, reclamo o sugerencia o apertura de buzón y la fecha de respuesta/ Total manifestaciones | 1 | De acuerdo a los resultados del consolidado de las pqrs, a Diciembre 31 de 2018, se presenta un tiempo promedio en la respuesta a pqrs de 9 días, logrando el cumplimiento de la meta establecida. |
| Fortalecimiento del Mercadeo y comunicación | Ejecutar el plan de mercadeo y comunicaciones en un porcentaje mayor o igual al 66%. | Porcentaje de cumplimiento del plan de comunicaciones | Porcentaje de cumplimiento del plan de comunicaciones: No. de actividades realizadas/No. de actividades programadas x100 | 1 | Se logro un cumplimiento del 66% (23 actividades realizadas de 35 programadas) en la implementación del Plan de Comunicación, logrando la meta establecida. |
| Fortalecimiento de la Gestión | Evolución del gasto por unidad de valor relativo menor o | Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida. | [(Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir | 0 | Para la vigencia 2018 de acuerdo a lo reportado en la Ficha Técnica del Ministerio de la Protección Social, los |
| Financiera y Económica | Lograr el equilibrio presupuestal en valor mayor o igual a 1. | Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo. | Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores | 1 | De acuerdo a lo reportado en la Ficha Técnica del Ministerio de la Protección Social para la vigencia 2018, se presento un equilibrio presupuestal con recaudo correspondiente a 1,01, logrando el cumplimiento de la meta establecida que corresponde a un resultado mayor o igual a 1,00 |
| | Lograr la recategorización del riesgo, alcanzando el riesgo medio | Categorización del riesgo fiscal y financiero | Concepto emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social | 0 | Según la Resolución 2249 de Mayo 30 de 2018, la E.S.E. continua en riesgo alto. |

| PROYECTO | META 2018 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO DE LA META A DICIEMBRE 31 DE 2018 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|---|--|--|---|--|
| Fortalecimiento de la Gestión Financiera y Económica | Cero (0) deudas superior a un mes por concepto de salarios y prestación de servicios. | 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: A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. | A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)] | 1 | Por parte del Asesor Contable se certifica cero deudas por concepto de salarios y prestación de servicios |
| | Proporción mayor o igual a 70% en compras de medicamentos y material medico quirúrgico por medios eficientes. | Proporción de compras conjuntas, a cooperativas de hospitales o por medios electrónicos. | Valor de las compras conjuntas, a cooperativas de hospitales o por medios electrónicos/ Total compra del periodo x100 | 1 | Se obtiene un resultado en la compra de medicamentos a través del mecanismo de compras a Cooperativas de Hospitales (COHAN), del 72%, logrando la meta establecida. |
| | Lograr un margen de utilidad operativa mayor o igual al 1% | Margen de utilidad operativa. | Utilidad operacional/ Total ventas acumuladas x100 | 1 | Se obtiene una utilidad operacional de \$8.893.337 y un total de ventas acumuladas de \$2.572.860.484, aplicando la formula $(\$8.893.337/\$2.572.860.484 \times 100)$ se logra un margen de utilidad operativa de 0,34%, cumpliendo la meta establecida. |
| | Lograr un margen de utilidad neta mayor o igual al 1% | Margen de utilidad neta: Utilidad neta. | Utilidad neta/Total ventas acumuladas x100 | 1 | A Diciembre 31 de 2018, se obtiene una utilidad neta de \$183.896.032 y un total de ventas acumuladas de \$2.820.933.630, aplicando la formula $(\$183.896.032/\$2.820.933.630 \times 100)$, se alcanza un resultado de 6,5% de margen de utilidad neta, logrando la meta establecida |
| | Rotación de cuentas por pagar en un término menor o igual a 30 días | Rotación de cuentas por pagar - días. | Días del periodo / rotación de cuentas por pagar | 1 | A Diciembre 31 de 2018 se obtiene una rotación de cuentas por pagar de 7.8 días (360/46), se logra el cumplimiento de la meta establecida. |
| | Rotación de cuentas por cobrar en un término menor o igual a 120 días | Rotación de cuentas por cobrar - días. | Días del periodo / rotación de cuentas por cobrar | 0 | A Diciembre 31 de 2018, se obtiene una rotación de cuentas por cobrar de 190 días (360/189), no se logra el cumplimiento de la meta establecida. |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A DICIEMBRE 31 DE 2018 | | | | 88% | |

Vigencia 2019 que comprende desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre:

| PROYECTO | META 2019 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO META A DICIEMBRE 31 DE 2019 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Fortalecimiento del Talento humano | Un (1) estudio de suficiencia y competencia cada año. | Estudio de suficiencia y competencia del recurso humano para cada servicio. | Estudio realizado. | 1 | Se realizo el análisis de suficiencia de talento humano para la vigencia 2019, realizando comparación de datos entre la vigencia 2017 y 2018. Se cuenta con el instrumento diligenciado. |
| | Alcanzar el 100% en la realización de inducción a funcionarios nuevos | Proporción de funcionarios nuevos con inducción. | Número de funcionarios nuevos que recibieron inducción x 100/ Total funcionarios nuevos que ingresaron a la ESE | 1 | Se realizo la inducción a cuatro (4) funcionarios que ingresaron a la institución durante la vigencia 2019. |
| | Alcanzar el 70% o más de participación en la realización de reinducción | Proporción de funcionarios con reinducción. | Número de funcionarios que recibieron reinducción (por lo menos un ciclo)x 100/ Total funcionarios de la ESE | 1 | Durante la vigencia 2019 se llevo a cabo la jornada de reinducción, en la cual se obtuvo una participación de 23 funcionarios de los 27 que hacen parte de la planta de cargos de la entidad, logrando un cumplimiento de la meta establecida con un resultado del 85%. |
| | Alcanzar un 91% o más en la realización de actividades del plan de capacitación | Proporción de cumplimiento del Plan institucional de capacitaciones. | Número de capacitaciones realizadas x100/ total capacitaciones programadas año. | 1 | Para la vigencia 2019 se formulo un plan de capacitaciones dentro del cual se programaron 26 actividades, de las cuales se logro el cumplimiento de 32, superando la meta establecida con un resultado del 123%, dicha situación se presenta, ya que se participo en actividades de capacitación brindadas por entes externos y a nivel institucional que se fueron generando en el transcurso del año. |
| | Alcanzar un 91% o más en la realización de actividades del programa de bienestar social | Proporción de cumplimiento del plan de bienestar e incentivos. | Número de actividades ejecutadas x 100/ Total actividades programadas | 1 | Durante la vigencia 2019 se programo el Plan de Bienestar Social e Incentivos con 23 actividades las cuales lograron su cumplimiento, obteniendo un resultado del 100%. |

| PROYECTO | META 2019 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO META A DICIEMBRE 31 DE 2019 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|--|---|--|---|---|
| Fortalecimiento del Talento humano | Alcanzar un 86% o más en el cumplimiento del plan de mejoramiento de clima laboral | Proporción de cumplimiento del plan de mejoramiento del clima laboral | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadasX100 | 1 | Se tenían programadas 3 actividades dentro del plan de mejoramiento de clima laboral las cuales logrando su cumplimiento durante la vigencia 2019, logrando el cumplimiento de la meta establecida. |
| | Alcanzar un 86% o más en el cumplimiento del plan de mejoramiento de Seguridad y Salud en el Trabajo | Porcentaje de cumplimiento del plan de Seguridad y salud en el trabajo | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadasX100 | 1 | Se programaron 154 actividades dentro del Plan de Trabajo de Salud y Seguridad en el Trabajo de las cuales se realizaron 146 para un cumplimiento del 95%, logrando alcanzar la meta establecida. |
| | Realizar evaluación al 100% de los funcionarios que les aplica | Porcentaje de cumplimiento de la evaluación y calificación de desempeño | No. De funcionarios evaluados/No. De funcionarios que les aplica la evaluaciónX100 | 1 | Se realizó la evaluación de desempeño a los funcionarios que se encuentran en carrera administrativa, de acuerdo a los lineamientos definidos por la Comisión Nacional del Servicio Civil. |
| Fortalecimiento de los programas de Promoción y Prevención | Cumplimiento mayor o igual 89% en acciones extramurales. | Proporción de cumplimiento en la realización de jornadas extramurales | No. de jornadas extramurales realizadas/No. de jornadas extramurales programadas x100 | 1 | En la vigencia 2019 se programaron 52 actividades extramurales, las cuales lograron su cumplimiento obteniendo un resultado del 100%. |
| | Lograr un 85% o más de gestantes captadas a más tardar en la semana 12 de gestación. | Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación | Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas | 0 | Para la vigencia 2019 se captaron 87 gestantes antes de la semana 12 de 116 identificadas, logrando un resultado del 75%, no se logra el cumplimiento de la meta establecida. |

| PROYECTO | META 2019 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO META A DICIEMBRE 31 DE 2019 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|--|---|---|---|--|
| Fortalecimiento de los programas de Promoción y Prevención | Lograr un 90% o más de adherencia a la guía de HTA | Evaluación de aplicación de guía de manejo específica de atención de Enfermedad Hipertensiva. | Numero de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE/ Total de pacientes con Diagnostico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación | 1 | Durante la vigencia 2019 se realizo la auditoría de adherencia a la guía de hipertensión arterial, obteniendo un resultado del 93% (86 historias clínicas con cumplimiento estricto de la guía de una muestra de 92 historias clínicas auditadas), se logra el cumplimiento de la meta establecida. |
| | Lograr un 80% o más de adherencia a la guía de crecimiento y desarrollo. | Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo | Numero de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo/ Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia | 1 | Durante la vigencia 2019 se realizo la auditoría de adherencia a la guía de crecimiento y desarrollo, obteniendo un resultado del 84% (74 historias clínicas con cumplimiento estricto de la guía de una muestra de 88 historias clínicas auditadas), se logra el cumplimiento de la meta establecida. |
| | Cero (0) casos de sífilis congénita. | Incidenia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE | Número de recién nacidos con Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE | 1 | Por parte de la Dirección Local de Salud del Municipio de Granada, se certifica que para la vigencia 2019 no se presentaron casos de sífilis congénita, logrando el cumplimiento de la meta establecida. |
| | Lograr un 95% o más de cobertura de menores de 1 año con esquemas de vacunación completos. | Cobertura de vacunación con esquemas adecuados en menores de 1 año. | Numero de pacientes de 1 año con esquemas adecuados para la edad/ Total pacientes programados x100 | 1 | Para la vigencia 2019 se tenia programado desde la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia, la vacunación de 129 menores de un (1) año, la entidad supero la meta logrando la vacunación de 135 menores de un (1) año, logrando la meta establecida. |
| | Mantener un 8% o menos en nacidos con bajo peso. | Proporción de nacidos con bajo peso. | Nacidos con menos de 2500 gr/ Total de nacidos vivos en el periodo x100 | 1 | Durante la vigencia 2019 no se presentaron casos de nacidos con bajo peso al nacer, logrando el cumplimiento de la meta. |

| PROYECTO | META 2019 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO META A DICIEMBRE 31 DE 2019 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|---|--|---|--|---|---|
| Fortalecimiento de los servicios de hospitalización y obstetricia | Registrar una tasa de muerte materna menor o igual a 14,4 | Tasa de muerte materna. | Número de muertes relacionadas con embarazo, parto y puerperio en un periodo de tiempo/ Número de nacidos vivos en el mismo periodo x100.000 | 1 | En la vigencia 2019 no se presentaron casos de muertes maternas, logrando el cumplimiento de la meta establecida. |
| | Registrar una tasa de muerte perinatal menor o igual 11,2 | Tasa de muerte perinatal. | Número de muertes perinatales en la institución/Número total de nacidos vivosX1000 | 1 | Para la vigencia 2019 no se reportaron casos de muertes perinatales, logrando el cumplimiento de la meta. |
| | Porcentaje de 5% o menos en muertes después de 48 horas de internación. | Proporción de muerte después de 48 horas de internación. | Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso/ Número total de pacientes hospitalizados | 1 | En la vigencia 2019 se presentaron 4 casos de pacientes que fallecen después de 48 horas de ingreso de 145 pacientes hospitalizados, para un resultado del 2.76% de tasa de mortalidad, logrando el cumplimiento de la meta establecida. |
| | Porcentaje de 5% o menos en reingresos a hospitalización antes de 20 días | Proporción de Reingresos a hospitalización antes de 20 días por la misma causa. | Número de reingresos a hospitalización antes de 20 días por la misma causa/ Total egresos vivos | 1 | En la vigencia 2019 se presentaron 2 reingresos al servicio de hospitalización antes de 20 días por la misma causa de 145 pacientes hospitalizados, logrando un resultado del 1.38%, cumpliendo la meta establecida para el indicador. |
| Fortalecimiento del servicio de laboratorio. | Entregar resultados de laboratorio urgentes en 60 minutos o menos. | Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio urgentes -minutos | Sumatoria de minutos entre la recepción de la orden de examen de urgencia y la hora de entrega del resultados en urgencias/ Total ordenes recibidas | 1 | Para el año 2019 se logra una oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio urgentes de 24 minutos (14448 sumatoria de minutos entre la recepción de la orden de examen de urgencia y la hora de entrega del resultados en urgencias, de 590 muestras |
| Fortalecimiento del servicio de urgencias | Porcentaje menor o igual al 3% en reingresos a urgencias entre 24 y 72 horas. | Reingresos por el servicio de urgencias entre 24 y 72 horas por la misma causa | Número de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas, que hacen parte de la muestra representativa /Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa. | 1 | Durante la vigencia 2019 se presenta un resultado de reingreso a urgencias del 1.42% (27 consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas, que hacen parte de la muestra representativa, de 1902 consultas del servicio de urgencias), logrando el cumplimiento de la meta establecida. |
| | Lograr la atención de urgencias en triage 2 en 30 minutos o menos en promedio. | Oportunidad promedio en la atención de urgencias triage 2 - 30 minutos | Sumatoria de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias triage 2 y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico/ Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias triage 2 | 1 | Para la vigencia 2019 se logra el cumplimiento de la meta de oportunidad en la atención de urgencias en triage 2, con un resultado de 21.80 minutos (14018 minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias triage 2 y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico, de 643 usuarios atendidos en consulta de urgencias). |

| PROYECTO | META 2019 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO META A DICIEMBRE 31 DE 2019 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|---|---|---|---|---|
| Fortalecimiento del servicio de consulta externa | Mantener la asignación de citas para consulta médica general en 3 días o menos en promedio. | Oportunidad promedio en la atención de consulta medica general en días | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/ Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución. | 1 | Durante la vigencia 2019 se logra el cumplimiento de la meta correspondiente a la oportunidad en la asignación de consulta médica general, con un resultado de 2.33 días (6861 días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita, de consultas médicas generales asignadas en la institución). |
| Fortalecimiento del servicio de atención odontológica. | Mantener la asignación de citas para consulta odontológica en 3 días o menos en promedio. | Oportunidad promedio en la atención de consulta odontológica de primera vez | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en odontología y la fecha para la cual es asignada la cita (1ra vez) / Número total de consultas odontológicas asignadas en la institución. | 1 | En la vigencia 2019 se logra el cumplimiento en la asignación de consultas de odontología, con un resultado de 1.27 días (2168 días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en odontología y la fecha para la cual es asignada la cita (1ra vez), de 1702 total de consultas odontológicas asignadas en la institución). |
| Fortalecimiento del servicio farmacéutico | Entregar medicamentos faltantes en 48 horas o menos. | Oportunidad en la entrega de medicamentos faltantes. | Sumatoria de horas transcurridas entre la reclamación de la fórmula y la entrega de los medicamentos faltantes/ total fórmulas con medicamentos faltantes. | 0 | No se evidencian soportes del registro, por lo tanto no se cuenta con información para la medición del indicador. |
| Fortalecimiento del Sistema de Control Interno. | Alcanzar un cumplimiento de 69% o más del plan de mejoramiento MECI | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento MECI | No. de actividades realizadas del plan de mejoramiento MECI/No. de actividades programadas x100 | 1 | A Diciembre 31 de 2019 se obtiene un resultado del 69% (35 actividades realizadas de 51 programadas) en el plan de mejoramiento MECI, logrando el cumplimiento de la meta establecida. |

| PROYECTO | META 2019 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO META A DICIEMBRE 31 DE 2019 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|---|--|---|---|--|
| Fortalecimiento del Sistema de garantía de la calidad. | Mantener el 100% de servicios habilitados | Certificación del cumplimiento de requisitos de habilitación. | Número de servicios certificados en cumplimiento de requisitos de habilitación/Total servicios declarados x100 | 1 | Se cuenta con todos los servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores (REPS) |
| | Alcanzar un cumplimiento del 61% en el plan de mejoramiento para fortalecer habilitación | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento de habilitación. | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadas x100 | 0 | A Diciembre 31 de 2019, el consolidado de condiciones generales que aplica a todos los servicios obtiene un resultado del 25% (3 actividades realizadas de 12 programadas), no se logra el cumplimiento de la meta. |
| | Alcanzar el 100% en la gestión de eventos adversos. | Porcentaje de eventos adversos gestionados | No. De eventos adversos gestionados/No. De eventos adversos presentados x100 | 1 | A Diciembre 31 de 2019 se presentaron 10 reportes de incidentes, acciones inseguras y/o eventos adversos, los cuales fueron gestionados en su totalidad, logrando el cumplimiento de la meta. |
| | Lograr un cumplimiento del 95% en la realización de seguimiento de adherencia al protocolo de lavado de manos | Porcentaje de cumplimiento de los seguimientos | No de seguimientos realizados/No. De seguimientos programadosX100 | 1 | A Diciembre 31 de 2019 se realizaron 5 actividades de seguimiento al protocolo de lavado de manos, las cuales se cumplieron |
| | Lograr un cumplimiento de 90% o mayor en el plan de mejoramiento con enfoque de acreditación. | Porcentaje de cumplimiento en el plan de mejoramiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con enfoque de acreditación | No. De actividades realizadas con enfoque de acreditación/No. De actividades programadas con enfoque de acreditación X100 | 1 | A Diciembre 31 de 2019 se obtiene un resultado de 96% en el cumplimiento de actividades del plan de acción PAMEC (23 actividades realizadas de 24 programadas), logrando el cumplimiento de la meta establecida. |
| Fortalecimiento del Sistema de Información | Lograr un reporte de cumplimiento en envío de informes de la Circular única. | Oportunidad en reporte de la Circular Única -Supersalud | Reporte del cumplimiento por parte de la Supersalud. | 1 | De acuerdo a la certificación emitida por la Superintendencia de Salud, se logra un cumplimiento en el reporte de información a dicha entidad correspondiente a la vigencia 2019, logrando el cumplimiento de la meta establecida. |
| | Lograr un reporte de cumplimiento en envío de informes del Decreto 2193 de 2004 | Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya | Reporte del cumplimiento por parte del Ministerio de salud y protección social. | 1 | De acuerdo a la certificación emitida por el Ministerio de la Protección Social, se logra un cumplimiento en el reporte de información a dicha entidad correspondiente a la vigencia 2019, logrando la meta establecida. |
| | Presentar a la junta directiva 4 informes o más sobre producción basada en RIPS. | Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones - RIPS | N° de informes basados en el Registro Individual de prestaciones - RIPS. | 1 | Para la vigencia 2019 se logra el cumplimiento de la presentación de información de producción a la Junta Directiva con base en RIPS, logrando la meta establecida. |

| PROYECTO | META 2019 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO META A DICIEMBRE 31 DE 2019 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|---|--|--|---|---|---|
| Implementación del Sistema de Gestión Documental | Alcanzar un cumplimiento del 50% o más del plan de mejoramiento de Gestión documental. | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento de Gestión Documental. | No. de actividades realizadas/No. de actividades programadas x100 | 0 | No se lograron avances en la implementación del plan de mejoramiento del programa de gestión documental |
| Fortalecimiento de la gestión ambiental. | Alcanzar un cumplimiento del plan de gestión de residuos hospitalario mayor o igual a 80% | Porcentaje de cumplimiento del plan de gestión de residuos hospitalarios. | No. de actividades realizadas/No. de actividades programadas x100 | 1 | A Diciembre 31 de 2019 se obtiene un cumplimiento en el plan de gestión de residuos hospitalarios de 97% (28 actividades realizadas de 29 programadas), logrando el cumplimiento de la meta |
| Mantenimiento del ambiente físico y tecnológico | Lograr un cumplimiento mayor o igual al 90% en ejecución del plan de mantenimiento hospitalario. | Porcentaje de cumplimiento al plan de mantenimiento institucional. | No. de actividades realizadas/No. de actividades programadas x100 | 1 | |
| Fortalecimiento de la plataforma informática (software) | Software institucional actualizado | Software actualizado | Software actualizado | 1 | Se realizo la actualización del software que se requiere |
| Actualización y reposición de la plataforma tecnológica de equipos biomédicos e informáticos (Hardware) | Lograr la reposición de equipos de acuerdo a necesidades y disponibilidad presupuestal | Reposición de equipos realizada | No. De equipos adquiridos | 1 | Se realizo la adquisición de dos (2) equipos de computo para urgencias, farmacia y dos (2) biomedicos para los diferentes servicios, los cuales se encuentran registrados en el inventario |
| Fortalecimiento de la escucha activa | Lograr un porcentaje de satisfacción mayor o igual 82% | Porcentaje usuarios satisfechos o Porcentaje de usuarios que recomiendan la ESE. | No. de usuarios que responden que calificarían su experiencia global respecto a los servicios de salud como muy buena y buena/Total de usuarios encuestadosX100 | 1 | A Diciembre 31 de 2019 se presenta un resultado de satisfacción del usuario del 96.5% (1027 usuarios que consideran buena y muy buena la experiencia en la Institución, de 1064 usuarios encuestados), logrando el cumplimiento de la meta establecida. |
| | Responder quejas, reclamos y sugerencias en 15 días o menos. | Oportunidad promedio en la respuesta de manifestaciones de usuarios - días (PQRS). | Sumatoria de días entre la fecha de radicación de la queja, reclamo o sugerencia o apertura de buzón y la fecha de respuesta/ Total manifestaciones que se le dio respuesta | 1 | A Diciembre 31 de 2019, se obtiene un resultado de oportunidad en la respuesta a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de 1.2 días (24 días entre la fecha de radicación de la petición, queja, reclamo o sugerencia - pqrs y la fecha de respuesta, de 20 pqrs presentadas), logrando el cumplimiento de la meta establecida. |

| PROYECTO | META 2019 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO META A DICIEMBRE 31 DE 2019 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|--|---|--|---|--|
| Fortalecimiento del Mercadeo y comunicación | Ejecutar el plan de mercadeo y comunicaciones en un porcentaje mayor o igual al 67%. | Porcentaje de cumplimiento del plan de comunicaciones | Porcentaje de cumplimiento del plan de comunicaciones: No. de actividades realizadas/No. de actividades programadas x100 | 1 | A Diciembre 31 de 2019 se presenta un cumplimiento del plan de comunicaciones del 70% (28 actividades realizadas de 40 programadas), logrando el cumplimiento de la meta establecida. |
| Fortalecimiento de la Gestión Financiera y Económica | Evolución del gasto por unidad de valor relativo menor o igual a 0,90 | Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida. | [(Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/Número de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación- , sin incluir cuentas por pagar/Número UVR producidas en la vigencia anterior)] | 0 | A Diciembre 31 de 2019, de acuerdo a lo reportado en la Ficha Técnica del Ministerio de la Protección Social, se presentaron unos gastos funcionamiento mas operación comercial y prestación de servicios por UVR por valor de \$27.921,17 y para el año 2018 de 26.467,61, logrando un resultado del indicador en evolución del gasto por unidad de valor relativo de 1.05, no se logra el cumplimiento de la meta establecida. |
| | Lograr el equilibrio presupuestal en valor mayor o igual a 1. | Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo. | Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores | 1 | A Diciembre 31 de 2019 de acuerdo a lo reportado en la Ficha Técnica del Ministerio de la Protección Social, el resultado de equilibrio presupuesta con recaudo obtiene un resultado de 1, logrando el cumplimiento de la meta establecida. |
| | Lograr la recategorización del riesgo, alcanzando el riesgo medio | Categorización del riesgo fiscal y financiero | Concepto emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social | 0 | La entidad continua en riesgo alto con implementación del programa de saneamiento fiscal y financiero, de acuerdo a la clasificación de la Resolución 1342 de mayo de 2019. No se logra el cumplimiento de la meta. |

| PROYECTO | META 2019 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | CUMPLIMIENTO META A DICIEMBRE 31 DE 2019 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS |
|--|---|--|--|---|---|
| Fortalecimiento de la Gestión Financiera y Económica | Cero (0) deudas superior a un mes por concepto de salarios y prestación de servicios. | 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: A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. | A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta | 1 | A Diciembre 31 de 2019 no se presentan deudas de salarios de personal de planta y por contratación de servicios, logrando el cumplimiento de la meta. |
| | Proporción mayor o igual a 70% en compras de medicamentos y material médico quirúrgico por medios eficientes. | Proporción de compras conjuntas, a cooperativas de hospitales o por medios electrónicos. | Valor de las compras conjuntas, a cooperativas de hospitales o por medios electrónicos/ Total compra del periodo x100 | 1 | A diciembre 31 de 2019 se presenta una proporción de compras de medicamentos y material médico quirúrgico por medios eficientes del 73% (\$228.696.001 en compras a Cooperativas, de un total de compras de \$312.317.572) |
| | Lograr un margen de utilidad operativa mayor o igual al 1% | Margen de utilidad operativa. | Utilidad operacional/ Total ventas acumuladas x100 | 0 | No se logra el cumplimiento de la meta, a Diciembre 31 de 2019 se presenta un déficit de - 28.85% (déficit operacional por valor de \$-607.431.763 de unos ingresos operacionales de \$2.105.191.120.). |
| | Lograr un margen de utilidad neta mayor o igual al 1% | Margen de utilidad neta: Utilidad neta. | Utilidad neta/Total ventas acumuladas x100 | 0 | No se logra el cumplimiento de la meta, a Diciembre 31 de 2019 se presenta un déficit de - 28.85% (déficit neto por valor de \$-59.873.270 de unos ingresos operacionales de \$2.105.191.120.). |
| | Rotación de cuentas por pagar en un término menor o igual a 30 días | Rotación de cuentas por pagar - días. | Días del periodo / rotación de cuentas por pagar | 1 | A Diciembre 31 de 2019 se obtiene una rotación de cuentas por pagar de 29.52 días, logrando la meta establecida. |
| | Rotación de cuentas por cobrar en un término menor o igual a 120 días | Rotación de cuentas por cobrar - días. | Días del periodo / rotación de cuentas por cobrar | 1 | A Diciembre 31 de 2019 se obtiene una rotación de cuentas por cobrar de 85.88 días, logrando el cumplimiento de la meta. |
| | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE METAS A DICIEMBRE 31 DE 2019 | | | | 84% |

Nota: Se anexa el Plan Operativo Anual correspondiente a la vigencia 2020, el cual se encuentra en proceso de implementación:

| PROYECTO | META 2020 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ACTIVIDADES | RESPONSABLE 1 |
|--|---|--|---|---|----------------------------|
| Fortalecimiento del Talento humano | Un (1) estudio de suficiencia y competencia cada año. | Estudio de suficiencia y competencia del recurso humano para cada servicio. | Estudio realizado. | Realizar estudio de suficiencia del recurso humano para cada servicio habilitado. | Subgerente Administrativa |
| | | | | Formular el plan anual de previsión del recurso humano, | Subgerente Administrativa |
| | | | | Formular el plan anual de vacantes | Subgerente Administrativa |
| | | | | Realizar la verificación de títulos del personal según requerimientos de competencias | Subgerente Administrativa |
| | Alcanzar el 100% en la realización de inducción a funcionarios nuevos | Proporción de funcionarios nuevos con inducción. | Número de funcionarios nuevos que recibieron inducción x 100/ Total funcionarios nuevos que ingresaron a la ESE | Elaborar y ejecutar programa de inducción y reinducción acorde con las necesidades del sistema de gestión de la ESE. | Subgerente Administrativa |
| | Alcanzar el 70% o más de participación en la realización de reinducción | Proporción de funcionarios con reinducción. | Número de funcionarios que recibieron reinducción (por lo menos un ciclo)x 100/ Total funcionarios de la ESE | Realizar la reinducción a los funcionarios, elaborando los respectivos soportes que evidencien la actividad (listado de asistencia, actas de capacitación si aplica, presentaciones). | Subgerente Administrativa |
| | Alcanzar un 91.5% o más en la realización de actividades del plan de capacitación | Proporción de cumplimiento del Plan institucional de capacitaciones. | Número de capacitaciones realizadas x100/ total capacitaciones programadas año. | Hacer diagnóstico de necesidades de capacitación. | Subgerente Administrativa |
| | | | | Elaborar y ejecutar Plan de capacitación para año 2020 | Subgerente Administrativa |
| | | | | Realizar seguimiento al Plan de Capacitación Institucional | Comité de Bienestar Social |
| | Alcanzar un 91.5% o más en la realización de actividades del programa de bienestar social | Proporción de cumplimiento del plan de bienestar e incentivos. | Número de actividades ejecutadas x 100/ Total actividades programadas | Hacer diagnóstico de necesidades de bienestar social e incentivos. | Subgerente Administrativa |
| | | | | Elaborar y ejecutar Plan de acción para bienestar e incentivos del año 2020 | Subgerente Administrativa |
| | | | | Realizar seguimiento al Plan de Bienestar Social e Incentivos | Comité de Bienestar Social |
| | | | | Formular un Plan Estratégico de Talento Humano que reúna los diferentes elementos para la gestión de TH | Subgerente Administrativa |
| Alcanzar un 86.5% o más en el cumplimiento del plan de mejoramiento de clima laboral | Proporción de cumplimiento del plan de mejoramiento del clima laboral | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadasX100 | Elaborar y ejecutar plan de mejoramiento del clima laboral. | COPASST | |
| Alcanzar un 86.5% o más en el cumplimiento del plan de mejoramiento de Seguridad y Salud en el Trabajo | Porcentaje de cumplimiento del plan de Seguridad y salud en el trabajo | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadasX100 | Ejecutar el Plan de acción en seguridad y salud y en el trabajo para el año 2020. | COPASST | |
| Realizar evaluación al 100% de los funcionarios que les aplica | Porcentaje de cumplimiento de la evaluación y calificación de desempeño | No. De funcionarios evaluados/No. De funcionarios que les aplica la evaluaciónX100 | Aplicar sistema de evaluación de desempeño según norma vigente. | Subgerente Administrativa | |

| PROYECTO | META 2020 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ACTIVIDADES | RESPONSABLE 1 |
|--|---|--|--|--|---|
| Fortalecimiento de los programas de Promoción y Prevención | Cumplimiento mayor o igual 89.5% en acciones extramurales. | Proporción de cumplimiento en la realización de jornadas extramurales | No. de jornadas extramurales realizadas/No. de jornadas extramurales programadas x100 | Realizar programación de actividades extramurales | Subgerente Científico |
| | | | | Realizar seguimiento periódico a la ejecución de actividades extramurales. | Subgerente Científico |
| | Lograr un 85% o más de gestantes captadas a más tardar en la semana 12 de gestación. | Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación | Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas | Socializar con el personal de la entidad y agentes primarios de la comunidad la importancia de captar a gestantes e ingresar a los programas institucionales. | Enfermera |
| | | | | Socializar a todo el personal asistencial y administrativo el programas de Control Prenatal. | Enfermera |
| | | | | Continuar con la realización de los Comités que interaccionan con las gestantes, como son Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) y el Comité Historias Clínicas. | Subgerente Científico |
| | | | | Socializar el protocolo en el que se definan directrices para la atención y seguimiento a la adherencia de los controles de las pacientes en el programa de control prenatal | Subgerente Científico |
| | | | | Socializar la guía de atención de control prenatal al personal asistencial. | Subgerente Científico |
| | | | | Implementar la auditoría interna de adherencia a la guía de control prenatal. | Subgerente Científico |
| | | | | Lograr un 90% o más de adherencia a la guía de HTA | Evaluación de aplicación de guía de manejo específica de atención de Enfermedad Hipertensiva. |
| | Generar muestra aleatorizada de historias clínicas a auditar | Asesora de Sistemas de Información | | | |
| | Realizar auditorías regulares al programa de HTA a través de las historias clínicas y la aplicación de indicadores. | Subgerente Científico | | | |
| | Lograr un 80% o más de adherencia a la guía de crecimiento y desarrollo. | Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo | Numero de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo/ Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE | Desarrollar y aplicar Planes de Mejoramiento según los hallazgos de las auditorías | Subgerente Científico |
| | | | | Socializar al personal asistencial la guía de atención de crecimiento y desarrollo. | Subgerente Científico |
| | | | | Generar muestra aleatorizada de historias clínicas a auditar | Asesora de Sistemas de Información |
| | Cero (0) casos de sífilis congénita. | Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE | Número de recién nacidos con Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE | Realizar auditorías regulares al programa de crecimiento y desarrollo a través de las historias clínicas y la aplicación de indicadores. | Subgerente Científico |
| Desarrollar y aplicar Planes de Mejoramiento según los hallazgos de las auditorías | | | | Subgerente Científico | |
| Diseñar y desarrollar una campaña educativa a nivel comunitario e institucional sobre el riesgo de padecer sífilis en la población gestante. | | | | Subgerente Científico | |
| Lograr un 95% o más de cobertura de menores de 1 año con esquemas de vacunación completos. | Cobertura de vacunación con esquemas adecuados en menores de 1 año. | Número de recién nacidos con Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE | Socializar el Programa de Control Prenatal a nivel institucional en todo lo relacionado con la sífilis gestacional. | Subgerente Científico | |
| | | | Hacer evaluación, seguimiento al Programa de Control Prenatal verificando las acciones para prevenir la sífilis gestacional. | COVE | |
| | | | Mantener actualizada la base de datos de la población menor de un año. | Auxiliar de vacunación | |
| Mantener un 8% o menos en nacidos con bajo peso. | Proporción de nacidos con bajo peso. | Nacidos con menos de 2500 gr/ Total de nacidos vivos en el periodo x100 | Realizar seguimiento periódico a los esquemas de vacunación, con énfasis en los menores de 1 año. | Auxiliar de vacunación | |
| | | | Realizar auditoría al programa de control prenatal. | Subgerente Científico | |
| | | | Elaborar y ejecutar planes de mejoramiento para los criterios cuyos resultados no sean adecuados. | Subgerente Científico | |
| | | | Realizar medición y análisis de los indicadores del servicio | Subgerente Científico | |

| PROYECTO | META 2020 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ACTIVIDADES | RESPONSABLE 1 |
|---|--|---|--|---|-----------------------|
| Fortalecimiento de los servicios de hospitalización y obstetricia | Registrar una tasa de muerte materna menor o igual a 14,4 | Tasa de muerte materna. | Número de muertes relacionadas con embarazo, parto y puerperio en un periodo de tiempo/ Número de nacidos vivos en el mismo periodo x100.000 | Socializar al personal el protocolo de atención del binomio madre e hijo y evaluar su conocimiento | Subgerente Científico |
| | Registrar una tasa de de muerte perinatal menor o igual 11,2 | Tasa de muerte perinatal. | Número de muertes perinatales en la institución/Número total de nacidos vivosX1000 | Socializar al personal el protocolo de atención del binomio madre e hijo y evaluar su conocimiento | Subgerente Científico |
| | Porcentaje de 5% o menos en muertes después de 48 horas de internación. | Proporción de muerte después de 48 horas de internación. | Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso/ Número total de pacientes hospitalizados | Realizar el reporte y análisis de las muertes hospitalarias en el Comité de Seguridad del paciente y definir acciones de mejora | Subgerente Científico |
| | Porcentaje de 5% o menos en reingresos a hospitalización antes de 20 días | Proporción de Reingresos a hospitalización antes de 20 días por la misma causa. | Número de reingresos a hospitalización antes de 20 días por la misma causa/ Total egresos vivos | Realizar el reporte y análisis de los re-ingresos hospitalarios en el Comité de Seguridad del paciente y definir acciones de mejora | Subgerente Científico |
| Realizar medición y análisis de los indicadores del servicio de hospitalización | | | | Subgerente Científico | |
| Fortalecimiento del servicio de laboratorio. | Entregar resultados de laboratorio urgentes en 60 minutos o menos. | Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio urgentes - minutos | Sumatoria de minutos entre la recepción de la orden de examen de urgencia y la hora de entrega del resultados en urgencias/ Total ordenes recibidas del | Realizar medición y análisis de los indicadores del servicio de laboratorio | Bacterióloga |
| | | | | Elaborar registro de reporte de minutos entre la recepción de la orden en urgencias y la hora de entrega | Bacterióloga |
| Fortalecimiento del servicio de urgencias | Porcentaje menor o igual al 3% en reingresos a urgencias entre 24 y 72 horas. | Reingresos por el servicio de urgencias entre 24 y 72 horas por la misma causa | Número de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas, que hacen parte de la muestra representativa /Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa. | Realizar el reporte y análisis de los re-ingresos a urgencias en el Comité de Seguridad del paciente y definir acciones de mejora | Subgerente Científico |
| | Lograr la atención de urgencias en triage 2 en 30 minutos o menos en promedio. | Oportunidad promedio en la atención de urgencias triage 2 - 30 minutos | Sumatoria de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias triage 2 y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico/ Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias triage 2 | Realizar medición y análisis de los indicadores del servicio de urgencias. | Subgerente Científico |

| PROYECTO | META 2020 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ACTIVIDADES | RESPONSABLE 1 | | | |
|--|---|--|---|---|--|--|--|-------------------------------------|
| Fortalecimiento del servicio de consulta | Mantener la asignación de citas para consulta médica | Oportunidad promedio en la atención de consulta medica general en días | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la | Realizar medición y análisis de los indicadores del servicio de consulta externa. | Subgerente Científico | | | |
| Fortalecimiento del servicio de atención | Mantener la asignación de citas para consulta | Oportunidad promedio en la atención de consulta odontológica de primera | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la | Realizar medición y análisis de los indicadores del servicio de atención odontológica. | Odontólogo | | | |
| Fortalecimiento del servicio farmacéutico | Entregar medicamentos faltantes en 48 horas | Oportunidad en la entrega de medicamentos faltantes. | Sumatoria de horas transcurridas entre la reclamación de la | Realizar medición y análisis de los indicadores del servicio farmacéutico. | Regente de Farmacia | | | |
| Fortalecimiento del Sistema de Control Interno. | Alcanzar un cumplimiento de 71% o más del plan de mejoramiento MECI | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento MECI | No. de actividades realizadas del plan de mejoramiento MECI/No. de actividades programadas x100 | Realizar evaluación anual del Sistema de Control Interno | Asesor de Control Interno y Calidad | | | |
| | | | | Realizar evaluación cuatrimestral del Sistema de Control Interno | Asesor de Control Interno y Calidad | | | |
| | | | | Documentar el plan de mejoramiento con base en los resultados de la evaluación del sistema de control interno. | Comité de Control Interno y Calidad | | | |
| | | | | Documentar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2020 | Comité de Control Interno y Calidad | | | |
| | | | | Realizar seguimiento al plan anticorrupción | Asesor de Control Interno y Calidad | | | |
| | | | | Aplicar la nueva metodología de Administración del riesgo definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública | Comité de Control Interno y Calidad | | | |
| | | | | Actualizar los mapas de riesgos por proceso e institucional que se prioricen | Líderes de procesos | | | |
| Fortalecimiento del Sistema de garantía de la calidad. | Mantener el 100% de servicios habilitados | Certificación del cumplimiento de requisitos de habilitación. | Número de servicios certificados en cumplimiento de requisitos de habilitación/Total servicios declarados x100 | Realizar la renovación de todos los servicios habilitados ante el Registro Especial de Prestadores | Equipo MECI-Calidad | | | |
| | | | | Alcanzar un cumplimiento del 61.5% en el plan de mejoramiento para fortalecer habilitación | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento de habilitación. | No. De actividades realizadas/No. De actividades programadas x100 | Implementar las actividades definidas en el plan de mejoramiento con base en los resultados de la revisión de habilitación (Resolución 2003 de 2014) | Equipo MECI-Calidad |
| | Alcanzar el 100% en la gestión de eventos adversos. | Porcentaje de eventos adversos gestionados | No. De eventos adversos gestionados/No. De eventos adversos presentados x100 | | | | Realizar auto-evaluación con base en estándares de habilitación definidos en la Resolución 3100 de 2019 por medio de la cual se deroga la Resolución 2003 de 2014. | Equipo MECI-Calidad |
| | | | | Lograr un cumplimiento del 95% en la realización de seguimiento de adherencia al protocolo de lavado de manos | Porcentaje de cumplimiento de los seguimientos | No de seguimientos realizados/No. De seguimientos programados X100 | Realizar análisis de los eventos adversos y documentar plan de mejoramiento en Comité de Seguridad del Paciente | Comité de Seguridad del Paciente |
| | Lograr un cumplimiento de 90% o mayor en el plan de mejoramiento con enfoque de acreditación. | Porcentaje de cumplimiento en el plan de mejoramiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con enfoque de acreditación | No. De actividades realizadas con enfoque de acreditación/No. De actividades programadas con enfoque de acreditación X100 | | | | Realizar seguimientos a la adherencia del protocolo de lavado de manos | Técnico en Saneamiento |
| | | | | | | | Definir y aplicar la ruta crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) anualmente. | Comité de control interno y calidad |
| | | | | | | | Documentar el cronograma de auditorías internas en el que se incluyan las auditorías de calidad. | Comité de control interno y calidad |
| | Realizar seguimiento y evaluación al cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías. | Realizar seguimiento y evaluación al cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías. | Realizar seguimiento y evaluación al cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías. | Priorizar los procesos y las actividades de mejora resultado de la aplicación de la ruta crítica del PAMEC. | Comité de control interno y calidad | | | |
| Desarrollar plan de acción de mejora con las actividades de mejora priorizadas en el proceso de auditoría. | | | | Comité de control interno y calidad | | | | |

| PROYECTO | META 2020 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ACTIVIDADES | RESPONSABLE 1 | |
|--|--|---|---|--|---|-----------|
| Fortalecimiento del Sistema de Información | Lograr un reporte de cumplimiento en envío de informes de la Circular única. | Oportunidad en reporte de la Circular Única - Supersalud | Reporte del cumplimiento por parte de la Supersalud. | Reportar oportunamente los informes a los organismos de vigilancia y control. | Asesor de sistemas de información | |
| | Lograr un reporte de cumplimiento en envío de informes del Decreto 2193 de 2004 | Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya | Reporte del cumplimiento por parte del Ministerio de salud y protección social. | Reportar oportunamente los informes a los organismos de vigilancia y control. | Subgerente administrativo | |
| | Presentar a la junta directiva 4 informes o más sobre producción basada en RIPS. | Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones - RIPS | N° de informes basados en el Registro Individual de prestaciones - RIPS. | Elaborar informes y hacer seguimiento a la producción de servicios a través de los RIPS | Gerente | |
| | | | | Revisar y ajustar indicadores y metas de gestión por dependencias | Líderes de procesos | |
| Realizar seguimiento y evaluación de las dependencias a partir de los indicadores y metas. | Líderes de procesos | | | | | |
| Implementación del Sistema de Gestión Documental | Alcanzar un cumplimiento del 55% o más del plan de mejoramiento de Gestión documental. | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento de Gestión Documental. | No. de actividades realizadas/No. de actividades programadas x100 | Implementar el plan de acción para la gestión documental de la ESE. | Comité de archivo institucional | |
| | | | | Realizar seguimiento a la ejecución plan de acción para la gestión documental de la ESE. | Comité de archivo institucional | |
| Fortalecimiento de la gestión ambiental. | Alcanzar un cumplimiento del plan de gestión de residuos hospitalario mayor o igual a 80% | Porcentaje de cumplimiento del plan de gestión de residuos hospitalarios. | No. de actividades realizadas/No. de actividades programadas x100 | Realizar seguimiento a la ejecución del Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios. | Técnico en Saneamiento | |
| | | | | Realizar seguimiento a indicadores de destinación de Residuos Hospitalarios. | Técnico en Saneamiento | |
| | | | | Socializar permisos y licencias en materia ambiental para la ESE | Técnico en Saneamiento | |
| | | | | Realizar campañas para fomentar el uso racional de los servicios públicos | Técnico en Saneamiento | |
| Mantenimiento del ambiente físico y tecnológico | Lograr un cumplimiento mayor o igual al 90% en ejecución del plan de mantenimiento hospitalario. | Porcentaje de cumplimiento al plan de mantenimiento institucional. | No. de actividades realizadas/No. de actividades programadas x100 | Elaborar plan de mantenimiento y calibración de equipos. | Subgerente Administrativa | |
| | | | | Contratar el mantenimiento de equipos. | Gerente | |
| | | | | Contratar la calibración de equipos. | Gerente | |
| | | | | Hacer supervisión a la ejecución del mantenimiento y calibración de equipos. | Subgerente Administrativa | |
| Fortalecimiento de la plataforma informática (software) | Software institucional actualizado | Software actualizado | Software actualizado | Mantener contrato con el proveedor del software | Gerente | |
| | | | | Realizar capacitación a los funcionarios sobre las actualizaciones realizadas | Gerente | |
| Fortalecimiento de la escucha activa | Lograr un porcentaje de satisfacción mayor o igual 83% | Porcentaje usuarios satisfechos o Porcentaje de usuarios que recomiendan la ESE. | No. de usuarios que responden que calificarían su experiencia global respecto a los servicios de salud como muy buena y buena/Total de | Realizar la medición y análisis de la satisfacción de los usuarios. | Enfermera | |
| | | | | Documentar y ejecutar planes de mejoramiento cuando no se logre la meta de satisfacción de los usuarios. | Enfermera | |
| | Responder quejas, reclamos y sugerencias en 15 días o menos. | Oportunidad promedio en la respuesta de manifestaciones de usuarios - días (PQRS). | Sumatoria de días entre la fecha de radicación de la queja, reclamo o sugerencia o apertura de buzón y la fecha de respuesta/ Total manifestaciones que se le dio respuesta | | Diligenciar el formato para la recepción de peticiones realizadas por los usuarios de manera verbal y/o escrita, al igual que ubicarlos en los buzones de sugerencias para el registro por parte de los usuarios cuando no se realice de manera directa en la Oficina del SIAU. | Enfermera |
| | | | | | Recepcionar y dar trámite oportuno a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de los usuarios según procedimiento institucionales. | Enfermera |
| Realizar seguimiento a la oportunidad y pertinencia en la respuesta a expresiones de los usuarios. | Enfermera | | | | | |

| PROYECTO | META 2020 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ACTIVIDADES | RESPONSABLE 1 |
|---|--|---|--|--|---------------------------------------|
| Fortalecimiento del Mercadeo y comunicación | Ejecutar el plan de mercadeo y comunicaciones en un porcentaje mayor o igual al 68%. | Porcentaje de cumplimiento del plan de comunicaciones | Porcentaje de cumplimiento del plan de comunicaciones: No. de actividades realizadas/No. de actividades programadas x100 | Documentar y ejecutar el plan de comunicación para la vigencia 2020 | Equipo MECI - calidad |
| | | | | Formular el plan de participación social en salud para la vigencia 2020 | Enfermera |
| | | | | Socializar el plan de participación social en salud | Enfermera |
| | | | | Implementar el plan de participación social en salud, logrando ejecutar el 40% de las actividades en este programadas | Enfermera |
| | | | | Realizar rendición de cuentas programada desde la institución | Gerente |
| | | | | Reportar a la supersalud la programación de rendición de cuentas y los resultados de su ejecución de acuerdo a los lineamientos normativos | Subgerente administrativo |
| | | | | Diseñar el plan de tecnologías de la información y las comunicaciones (PETI) | Asesora Sistemas Información |
| | | | | Identificar los riesgos relacionados con la seguridad y confidencialidad de la información. | Asesora Sistemas Información |
| | | | | Documentar el plan de manejo para los riesgos relacionados con la seguridad y confidencialidad de la información | Asesora Sistemas Información |
| | | | | Revisar y ajustar el manual de información de la institución y ajustarlo a la política de seguridad y privacidad de la información | Asesora Sistemas Información |
| | | | | Revisar la información que se encuentra pendiente por publicar en página web y realizar la publicación de ésta con base en los lineamientos de la ley Ley 1712 de 2014, Decreto 103 de 2015 y Resolución MinTIC 3564 de 2015 (ver diagnóstico de transparencia y acceso a la información realizado en 2020 en la E.S.E.) | Líder administración de la página web |

| PROYECTO | META 2020 | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ACTIVIDADES | RESPONSABLE 1 | |
|--|--|---|---|---|---|---------------------------|
| Fortalecimiento de la Gestión Financiera y Económica | Evolución del gasto por unidad de valor relativo menor o igual a 0,90 | Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida. | [(Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/Número de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del | Incrementar la producción de los servicios, especialmente en los correspondientes a Promoción y Prevención. | Subgerente Científico | |
| | | | | Implementar un Sistema de Costos que permita la medición y monitoreo de éstos. | Subgerente administrativo | |
| | Lograr el equilibrio presupuestal en valor mayor o igual a 1. | Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo. | Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores | Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores | Evaluar regularmente los indicadores de costos y producción institucionales. | Subgerente administrativo |
| | | | | | Implementar el Sistema de Costos. | Subgerente administrativo |
| | | | | | Incrementar la producción de los servicios. | Subgerente Científico |
| | | | | | Medir indicadores de costos y producción y definir acciones de mejora según el resultado | Subgerente administrativo |
| | | | | | Continuar con las actividades de gestión de cartera fortaleciendo el recaudo de ésta. | Subgerente administrativo |
| | | | | | Definir un plan de austeridad en el gasto | Subgerente Administrativo |
| | Lograr la recategorización del riesgo, alcanzando el riesgo medio | Categorización del riesgo fiscal y financiero | Concepto emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social | Concepto emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social | Implementar el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero siguiendo las directrices definidas en la metodología establecida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. | Gerente |
| | | | | | Cumplir los compromisos y metas establecidas en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. | Gerente |
| Realizar la evaluación trimestral del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de acuerdo a los lineamientos definidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. | | | | | Gerente | |
| Cero (0) deudas superior a un mes por concepto de salarios y prestación de servicios. | 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: | A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la | A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la | Realizar gestión regular y constante de la cartera a favor de la entidad. | Gerente | |
| | | | | Realizar medición de los indicadores financieros y analizar en el Comité de Sostenibilidad Financiera | Gerente | |
| Proporción mayor o igual a 70% en compras de medicamentos y material medico quirúrgico por medios eficientes. | Proporción de compras conjuntas, a cooperativas de hospitales o por medios electrónicos. | Valor de las compras conjuntas, a cooperativas de hospitales o por medios electrónicos/ Total compra del periodo x100 | Valor de las compras conjuntas, a cooperativas de hospitales o por medios electrónicos/ Total compra del periodo x100 | Elaborar un Plan anual de adquisiciones de bienes y servicios | Subgerente Administrativa | |
| | | | | Publicar el Plan anual de adquisiciones en SECOP y sitio web de la ESE. | Subgerente Administrativa | |
| | | | | Realizar seguimiento a la ejecución del Plan anual de adquisiciones. | Subgerente Administrativa | |
| | | | | Dar prioridad a la adquisición medicamentos y material médico quirúrgico a las Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. | Comité de compras | |
| Lograr un margen de utilidad operativa mayor o igual al 1% | Margen de utilidad operativa. | Utilidad operacional/ Total ventas acumuladas x100 | Utilidad operacional/ Total ventas acumuladas x100 | Definir y aplicar regularmente evaluaciones a diferentes indicadores financieros. | Subgerente administrativo | |
| | | | | Implementar un Sistema de Costos que permita la medición y monitoreo de éstos. | Subgerente administrativo | |
| Lograr un margen de utilidad neta mayor o igual al 1% | Margen de utilidad neta: Utilidad neta. | Utilidad neta/Total ventas acumuladas x100 | Utilidad neta/Total ventas acumuladas x100 | Definir y aplicar regularmente evaluaciones a diferentes indicadores financieros. | Gerente | |
| | | | | Definir y aplicar regularmente evaluaciones a diferentes indicadores financieros. | Gerente | |
| Rotación de cuentas por pagar en un término menor o igual a 30 días | Rotación de cuentas por pagar - días. | Días del periodo / rotación de cuentas por pagar | Días del periodo / rotación de cuentas por pagar | Definir y aplicar regularmente evaluaciones a diferentes indicadores financieros. | Gerente | |
| Rotación de cuentas por cobrar en un término menor o igual a 120 días | Rotación de cuentas por cobrar - días. | Días del periodo / rotación de cuentas por cobrar | Días del periodo / rotación de cuentas por cobrar | Realizar gestión regular y constante de la cartera a favor de la entidad. | Gerente | |

6. OBRAS PÚBLICAS:

A continuación se relaciona por cada una de las vigencias fiscales cubiertas por el período entre la fecha de inicio de la gestión y la fecha de retiro o ratificación, todas y cada una de las obras públicas adelantadas:

Vigencia 2016 que comprende desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre

| OBJETO DE LA OBRA PÚBLICA | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CONTRATISTA | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL INTERVENTOR | ESTADO | | VALOR EJECUTADO | OBSERVACIONES |
|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|
| | | | EN EJECUCIÓN | EJECUTADO | | |
| 0 | | | | | | |

Vigencia 2017 que comprendes desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre

| OBJETO DE LA OBRA PÚBLICA | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CONTRATISTA | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL INTERVENTOR | ESTADO | | VALOR EJECUTADO | OBSERVACIONES |
|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|
| | | | EN EJECUCIÓN | EJECUTADO | | |
| 0 | | | | | | |

Vigencia 2018 que comprendes desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre

| OBJETO DE LA OBRA PÚBLICA | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CONTRATISTA | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL INTERVENTOR | ESTADO | | VALOR EJECUTADO | OBSERVACIONES |
|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|
| | | | EN EJECUCIÓN | EJECUTADO | | |
| 0 | | | | | | |

Vigencia 2019 que comprendes desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre

| OBJETO DE LA OBRA PÚBLICA | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CONTRATISTA | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL INTERVENTOR | ESTADO | | VALOR EJECUTADO | OBSERVACIONES |
|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|
| | | | EN EJECUCIÓN | EJECUTADO | | |
| 0 | | | | | | |

Período de Enero 1 a Mayo 15 de 2020:

| OBJETO DE LA OBRA PÚBLICA | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CONTRATISTA | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL INTERVENTOR | ESTADO | | VALOR EJECUTADO | OBSERVACIONES |
|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|
| | | | EN EJECUCIÓN | EJECUTADO | | |
| 0 | | | | | | |

7. EJECUCIONES PRESUPUESTALES:

A continuación se relaciona por cada una de las vigencias fiscales cubiertas por el período entre la fecha de inicio de la gestión y la fecha de retiro o ratificación, los valores ingresos y gastos presupuestados, los efectivamente recaudados (ingresos) y pagados (gastos) y el porcentaje de ejecución:

INGRESOS

Vigencia 2016 que corresponde desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre

| CONCEPTO | DEFINITIVO | RECONOCIDO | RECAUDADO | % RECAUDADO VS DEFINITIVO |
|---|------------|------------|------------|---------------------------|
| Disponibilidad inicial | 151192321 | 151192321 | 151192321 | 100% |
| Ingresos corrientes | 3003558394 | 2739027034 | 2147659403 | 72% |
| ...Venta de servicios de salud | 2553051220 | 2302283418 | 1710915787 | 67% |
|Régimen Subsidiado | 1241053000 | 1217197470 | 994755045 | 80% |
|Régimen Contributivo | 708598800 | 487557914 | 180003834 | 25% |
|Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda | 219157123 | 219157123 | 219157123 | 100% |
|Población pobre no afiliada al Régimen Subsidiado | 219157123 | 219157123 | 219157123 | 100% |
|SOAT (diferentes a ECAT) | 14551441 | 20049581 | 14551441 | 100% |
|ADRES (Antes FOSYGA) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB) | 63322500 | 40908252 | 40908252 | 65% |
|Otras ventas de servicios de Salud | 306368356 | 317413078 | 261540092 | 85% |
|Cuotas de recuperación (Vinculados) | 2000000 | 38957 | 38957 | 2% |
|Cuotas moderadoras y copagos | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Otras ventas de servicios de salud | 304368356 | 317374121 | 261501135 | 86% |
| ...Total Aportes (No ligados a la venta de servicios) | 307566516 | 307566516 | 307566516 | 100% |
|Aportes de la nación No ligados a la venta de servicios | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Aportes de la Nación para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (Excluye FONSAET) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|FONSAET -Fondo de Salvamento y Garantía del Sector Salud- | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Otros Aportes de la Nación no ligados a la venta de servicios de salud | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Aportes del departamento/distrito No ligados a la venta de servicios | 146758107 | 146758107 | 146758107 | 100% |

| | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|------------|
|Aportes del Departamento/Distrito para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Otros aportes del Departamento/Distrito no ligados a la venta de servicios de salud | 146758107 | 146758107 | 146758107 | 100% |
|Aportes del municipio No ligados a la venta de servicios | 160808409 | 160808409 | 160808409 | 100% |
|Aportes del Municipio para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Otros aportes del Municipio no ligados a la venta de servicios de salud | 160808409 | 160808409 | 160808409 | 100% |
| ...Otros ingresos corrientes | 142940658 | 129177100 | 129177100 | 90% |
| Ingresos de capital | 32300000 | 5390172 | 5390172 | 17% |
| Otros ingresos | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Cuentas por cobrar Otras vigencias | 386030588 | 386030587 | 0 | 0% |
| TOTAL INGRESOS | 3573081303 | 3281640114 | 2304241896 | 64% |

Vigencia 2017 que corresponde desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre

| CONCEPTO | DEFINITIVO | RECONOCIDO | RECAUDADO | % RECAUDADO VS DEFINITIVO |
|--|------------|------------|------------|---------------------------|
| Disponibilidad inicial | 248591603 | 248591603 | 248591603 | 100% |
| Ingresos corrientes | 2230648661 | 2634891628 | 2130313150 | 96% |
| ...Venta de servicios de salud | 1839800603 | 2261194630 | 1756616152 | 95% |
|Régimen Subsidiado | 1096074935 | 1258886148 | 1096074934 | 100% |
|Régimen Contributivo | 256746393 | 463945938 | 199987669 | 78% |
|Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda | 219996959 | 219996959 | 219996959 | 100% |
|Población pobre no afiliada al Régimen Subsidiado | 219996959 | 219996959 | 219996959 | 100% |
|Servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado | 0 | 0 | 0 | 0% |
|SOAT (diferentes a ECAT) | 11843003 | 11930556 | 9505096 | 80% |
|ADRES (Antes FOSYGA) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB) | 68129930 | 52710582 | 52710582 | 77% |

| | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|------|
|Otras ventas de servicios de Salud | 187009383 | 253724447 | 178340912 | 95% |
|Cuotas de recuperación (Vinculados) | 178758 | 234678 | 178758 | 100% |
|Cuotas moderadoras y copagos | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Otras ventas de servicios de salud | 186830625 | 253489769 | 178162154 | 95% |
| ...Total Aportes (No ligados a la venta de servicios) | 153057292 | 153057292 | 153057292 | 100% |
|Aportes de la nación No ligados a la venta de servicios | 80000000 | 80000000 | 80000000 | 100% |
|Aportes de la Nación para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (Excluye FONSAET) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|FONSAET -Fondo de Salvamento y Garantía del Sector Salud- | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Otros Aportes de la Nación no ligados a la venta de servicios de salud | 80000000 | 80000000 | 80000000 | 100% |
|Aportes del departamento/distrito No ligados a la venta de servicios | 73057292 | 73057292 | 73057292 | 100% |
|Subsidio a la oferta - Aportes patronales Art. 2.4.10 del Dec-762 de 2017 (Departamentales / Distritales) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Subsidio a la oferta ?Operación acceso y atención en salud departamentos especiales (Literal b, Artículo 2.4.10 del Dec762-2017) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Aportes del Departamento/Distrito para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Otros aportes del Departamento/Distrito no ligados a la venta de servicios de salud | 73057292 | 73057292 | 73057292 | 100% |
|Aportes del municipio No ligados a la venta de servicios | 0 | 0 | 0 | 0% |

| | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|------------|
|Subsidio a la oferta - Aportes patronales Art. 2.4.10 del Dec-762 de 2017 (Municipales) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Aportes del Municipio para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Otros aportes del Municipio no ligados a la venta de servicios de salud | 0 | 0 | 0 | 0% |
| ...Otros ingresos corrientes | 237790766 | 220639706 | 220639706 | 93% |
| Ingresos de capital | 33984224 | 9340985 | 9340985 | 27% |
| Otros ingresos | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Cuentas por cobrar Otras vigencias | 546893146 | 534344480 | 0 | 0% |
| TOTAL INGRESOS | 3060117634 | 3427168696 | 2388245738 | 78% |

Vigencia 2018 que corresponde desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre

| CONCEPTO | DEFINITIVO | RECONOCIDO | RECAUDADO | % RECAUDADO VS DEFINITIVO |
|--|------------|------------|------------|---------------------------|
| Disponibilidad inicial | 444653225 | 444653225 | 444653225 | 100% |
| Ingresos corrientes | 2262218069 | 2698055392 | 2233439553 | 99% |
| ...Venta de servicios de salud | 2064502897 | 2500934940 | 2036319101 | 99% |
|Régimen Subsidiado | 1259390910 | 1456454547 | 1259390910 | 100% |
|Régimen Contributivo | 266020573 | 499209219 | 266020572 | 100% |
|Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda | 219586834 | 219586834 | 219586834 | 100% |
|Población pobre no afiliada al Régimen Subsidiado | 219586834 | 219586834 | 219586834 | 100% |
|Servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado | 0 | 0 | 0 | 0% |
|SOAT (diferentes a ECAT) | 18085516 | 22363446 | 18085516 | 100% |
|ADRES (Antes FOSYGA) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB) | 70855127 | 57579249 | 57579249 | 81% |
|Otras ventas de servicios de Salud | 230563937 | 245741645 | 215656020 | 94% |

| | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----|
|Cuotas de recuperación (Vinculados) | 12188270 | 14256 | 10596 | 0% |
|Cuotas moderadoras y copagos | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Otras ventas de servicios de salud | 218375667 | 245599085 | 215550060 | 99% |
| ...Total Aportes (No ligados a la venta de servicios) | 25594720 | 25000000 | 25000000 | 98% |
|Aportes de la nación No ligados a la venta de servicios | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Aportes de la Nación para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (Excluye FONSAET) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|FONSAET -Fondo de Salvamento y Garantía del Sector Salud- | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Otros Aportes de la Nación no ligados a la venta de servicios de salud | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Aportes del departamento/distrito No ligados a la venta de servicios | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Subsidio a la oferta - Aportes patronales Art. 2.4.10 del Dec-762 de 2017 (Departamentales / Distritales) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Subsidio a la oferta ?Operación acceso y atención en salud departamentos especiales (Literal b, Artículo 2.4.10 del Dec762-2017) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Aportes del Departamento/Distrito para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Otros aportes del Departamento/Distrito no ligados a la venta de servicios de salud | 0 | 0 | 0 | 0% |

| | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|------------|
|Aportes del municipio No ligados a la venta de servicios | 25594720 | 25000000 | 25000000 | 98% |
|Subsidio a la oferta - Aportes patronales Art. 2.4.10 del Dec-762 de 2017 (Municipales) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Aportes del Municipio para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Otros aportes del Municipio no ligados a la venta de servicios de salud | 25594720 | 25000000 | 25000000 | 98% |
| ...Otros ingresos corrientes | 172120452 | 172120452 | 172120452 | 100% |
| Ingresos de capital | 31040000 | 5547781 | 5547781 | 18% |
| Otros ingresos | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Cuentas por cobrar Otras vigencias | 463345480 | 247606760 | 0 | 0% |
| TOTAL INGRESOS | 3201256774 | 3395863158 | 2683640559 | 84% |

Vigencia 2019 que corresponde desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre

| CONCEPTO | DEFINITIVO | RECONOCIDO | RECAUDADO | % RECAUDADO VS DEFINITIVO |
|--|------------|------------|------------|---------------------------|
| Disponibilidad inicial | 72989327 | 72989327 | 72989327 | 100% |
| Ingresos corrientes | 2409935281 | 2699657084 | 2323715546 | 96% |
| ...Venta de servicios de salud | 2082159412 | 2371881215 | 1995939677 | 96% |
|Régimen Subsidiado | 1309345487 | 1398450740 | 1309345487 | 100% |
|Régimen Contributivo | 253743954 | 436235623 | 184376313 | 73% |
|Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda | 219602895 | 219602895 | 219602895 | 100% |
|Población pobre no afiliada al Régimen Subsidiado | 219602895 | 219602895 | 219602895 | 100% |
|Servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado | 0 | 0 | 0 | 0% |
|SOAT (diferentes a ECAT) | 12957619 | 16227048 | 11452881 | 88% |
|ADRES (Antes FOSYGA) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB) | 55410607 | 55410603 | 55410603 | 100% |
|Otras ventas de servicios de Salud | 231098850 | 245954306 | 215751498 | 93% |
|Cuotas de recuperación | 12704514 | 643981 | 274161 | 2% |

| | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|------|
| (Vinculados) | | | | |
|Cuotas moderadoras y copagos | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Otras ventas de servicios de salud | 218394336 | 245310325 | 215477337 | 99% |
| ...Total Aportes (No ligados a la venta de servicios) | 47679795 | 47679795 | 47679795 | 100% |
|Aportes de la nación No ligados a la venta de servicios | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Aportes de la Nación para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (Excluye FONSAET) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|FONSAET -Fondo de Salvamento y Garantía del Sector Salud- | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Otros Aportes de la Nación no ligados a la venta de servicios de salud | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Aportes del departamento/distrito No ligados a la venta de servicios | 47679795 | 47679795 | 47679795 | 100% |
|Subsidio a la oferta - Aportes patronales Art. 2.4.10 del Dec-762 de 2017 (Departamentales / Distritales) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Subsidio a la oferta ?Operación acceso y atención en salud departamentos especiales (Literal b, Artículo 2.4.10 del Dec762-2017) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Aportes del Departamento/Distrito para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Estampillas | 47679795 | 47679795 | 47679795 | 100% |
|Otros aportes del Departamento/Distrito no ligados a la venta de servicios de salud | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Aportes del municipio No ligados a la venta de servicios | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Subsidio a la oferta - Aportes patronales Art. 2.4.10 del Dec-762 de 2017 (Municipales) | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Aportes del Municipio para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero | 0 | 0 | 0 | 0% |
|Otros aportes del Municipio no ligados a la venta de servicios de salud | 0 | 0 | 0 | 0% |
| ...Otros ingresos corrientes | 280096074 | 280096074 | 280096074 | 100% |
| Ingresos de capital | 28460769 | 984496 | 984496 | 3% |

| | | | | |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------|
| Otros ingresos | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Cuentas por cobrar Otras vigencias | 478441332 | 347321311 | 0 | 0% |
| TOTAL INGRESOS | 2989826709 | 3120952218 | 2397689369 | 80% |

GASTOS:

Vigencia 2016 que corresponde desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre

| CONCEPTO | DEFINITIVO | COMPROMETIDO | PAGADO | % PAGAGO VS DEFINITIVO |
|--|------------|--------------|------------|------------------------|
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | 2671425157 | 2053073843 | 2047352097 | 77% |
| ...GASTOS DE PERSONAL | 1843980424 | 1478317031 | 1474221076 | 80% |
|Gastos de Personal de Planta | 1291232391 | 1173305389 | 1173305389 | 91% |
|Servicios personales asociados a la nómina | 983988478 | 871124084 | 871124084 | 89% |
|Sueldos personal de nómina | 737021676 | 706581267 | 706581267 | 96% |
|Horas extras, dominicales y festivos | 46666176 | 33447538 | 33447538 | 72% |
|Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina | 200300626 | 131095279 | 131095279 | 65% |
|Contribuciones inherentes a la nómina | 307243913 | 302181305 | 302181305 | 98% |
|Servicios personales indirectos | 552748033 | 305011642 | 300915687 | 54% |
| ...GASTOS GENERALES | 724829330 | 546849682 | 545223891 | 75% |
|Adquisición de bienes | 189000000 | 145921962 | 145921962 | 77% |
|Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento) | 368829330 | 260353301 | 258813691 | 70% |
|Mantenimiento | 130000000 | 108236516 | 108150335 | 83% |
|Servicios públicos | 32000000 | 29081793 | 29081793 | 91% |
|Impuestos y Multas | 5000000 | 3256110 | 3256110 | 65% |
|Otros | 0 | 0 | 0 | 0% |
| ...TRANSFERENCIAS CORRIENTES | 102615403 | 27907130 | 27907130 | 27% |
|Pago directo de pensionados o jubilados | 10346716 | 9486900 | 9486900 | 92% |
|Otras transferencias corrientes | 92268687 | 18420230 | 18420230 | 20% |

| | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|------------|
| GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS | 470900923 | 266624258 | 222959258 | 47% |
| ...Medicamentos | 325900923 | 198103221 | 166872048 | 51% |
| ...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos) | 11000000 | 0 | 0 | 0% |
| ...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos) | 134000000 | 68521037 | 56087210 | 42% |
| INVERSION | 430755223 | 183247287 | 183247287 | 43% |
| DEUDA PUBLICA | 0 | 0 | 0 | 0% |
| CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores) | 0 | 0 | 0 | 0% |
| TOTAL DE GASTOS | 3573081303 | 2502945388 | 2453558642 | 69% |

Vigencia 2017 que corresponde desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre

| CONCEPTO | DEFINITIVO | COMPROMETIDO | PAGADO | % PAGAGO VS DEFINITIVO |
|--|------------|--------------|------------|------------------------|
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | 2244632726 | 2031217016 | 2031217016 | 90% |
| ...GASTOS DE PERSONAL | 1696848219 | 1562672378 | 1562672378 | 92% |
|Gastos de Personal de Planta | 1308288902 | 1232219110 | 1232219110 | 94% |
|Servicios personales asociados a la nómina | 982916294 | 924361843 | 924361843 | 94% |
|Sueldos personal de nómina | 800740598 | 755190197 | 755190197 | 94% |
|Horas extras, dominicales y festivos | 27298360 | 26715443 | 26715443 | 98% |
|Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina | 154877336 | 142456203 | 142456203 | 92% |
|Contribuciones inherentes a la nómina | 325372608 | 307857267 | 307857267 | 95% |
|Servicios personales indirectos | 388559317 | 330453268 | 330453268 | 85% |
| ...GASTOS GENERALES | 495967737 | 432243626 | 432243626 | 87% |
|Adquisición de bienes | 106041953 | 87025868 | 87025868 | 82% |
|Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento) | 256701742 | 215227771 | 215227771 | 84% |
|Mantenimiento | 99734177 | 96885222 | 96885222 | 97% |

| | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|------------|
|Servicios públicos | 30953132 | 30950708 | 30950708 | 100% |
|Impuestos y Multas | 2536733 | 2154057 | 2154057 | 85% |
|Otros | 0 | 0 | 0 | 0% |
| ...TRANSFERENCIAS CORRIENTES | 51816770 | 36301012 | 36301012 | 70% |
|Pago directo de pensionados o jubilados | 10497755 | 10150838 | 10150838 | 97% |
|Otras transferencias corrientes | 41319015 | 26150174 | 26150174 | 63% |
| GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS | 396714256 | 306151113 | 306151113 | 77% |
| ...Medicamentos | 295659108 | 224677955 | 224677955 | 76% |
| ...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos) | 0 | 0 | 0 | 0% |
| ...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos) | 101055148 | 81473158 | 81473158 | 81% |
| INVERSION | 367245043 | 102953915 | 102953915 | 28% |
| DEUDA PUBLICA | 0 | 0 | 0 | 0% |
| CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores) | 51525609 | 51525609 | 0 | 0% |
| TOTAL DE GASTOS | 3060117634 | 2491847653 | 2440322044 | 80% |

Vigencia 2018 que corresponde desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre

| CONCEPTO | DEFINITIVO | COMPROMETIDO | PAGADO | % PAGAGO VS DEFINITIVO |
|--|------------|--------------|------------|------------------------|
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | 2335639354 | 2129999835 | 2129999835 | 91% |
| ...GASTOS DE PERSONAL | 1685201177 | 1609406079 | 1609406079 | 96% |
|Gastos de Personal de Planta | 1239665141 | 1213386723 | 1213386723 | 98% |
|Servicios personales asociados a la nómina | 949967572 | 924356889 | 924356889 | 97% |
|Sueldos personal de nómina | 775452625 | 753950882 | 753950882 | 97% |
|Horas extras, dominicales y festivos | 27253803 | 26311167 | 26311167 | 97% |
|Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina | 147261144 | 144094840 | 144094840 | 98% |
|Contribuciones inherentes a la nómina | 289697569 | 289029834 | 289029834 | 100% |

| | | | | |
|--|------------|------------|------------|-----|
|Servicios personales indirectos | 445536036 | 396019356 | 396019356 | 89% |
| ...GASTOS GENERALES | 539650202 | 484136683 | 484136683 | 90% |
|Adquisición de bienes | 79627409 | 58708863 | 58708863 | 74% |
|Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento) | 300690910 | 269153909 | 269153909 | 90% |
|Mantenimiento | 122974872 | 121404398 | 121404398 | 99% |
|Servicios públicos | 33966492 | 32649145 | 32649145 | 96% |
|Impuestos y Multas | 2390519 | 2220368 | 2220368 | 93% |
|Otros | 0 | 0 | 0 | 0% |
| ...TRANSFERENCIAS CORRIENTES | 110787975 | 36457073 | 36457073 | 33% |
|Pago directo de pensionados o jubilados | 10830177 | 10749788 | 10749788 | 99% |
|Otras transferencias corrientes | 99957798 | 25707285 | 25707285 | 26% |
| GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS | 368146559 | 333483980 | 333483980 | 91% |
| ...Medicamentos | 263172669 | 242594270 | 242594270 | 92% |
| ...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos) | 0 | 0 | 0 | 0% |
| ...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos) | 104973890 | 90889710 | 90889710 | 87% |
| INVERSION | 497470861 | 438596576 | 438596576 | 88% |
| DEUDA PUBLICA | 0 | 0 | 0 | 0% |
| CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores) | 0 | 0 | 0 | 0% |
| TOTAL DE GASTOS | 3201256774 | 2902080391 | 2902080391 | 91% |

Vigencia 2019 que corresponde desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre

| CONCEPTO | DEFINITIVO | COMPROMETIDO | PAGADO | % PAGAGO VS DEFINITIVO |
|---|------------|--------------|------------|------------------------|
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | 2399476845 | 2246854497 | 2207283288 | 92% |
| ...GASTOS DE PERSONAL | 1746129194 | 1664911059 | 1635407637 | 94% |
|Gastos de Personal de Planta | 1309397201 | 1273987597 | 1246732210 | 95% |
|Servicios personales asociados a la nómina | 990317436 | 960189823 | 960189823 | 97% |
|Sueldos personal de nómina | 812823987 | 794842883 | 794842883 | 98% |

| | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|------------|
|Horas extras, dominicales y festivos | 15892686 | 14594347 | 14594347 | 92% |
|Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina | 161600763 | 150752593 | 150752593 | 93% |
|Contribuciones inherentes a la nómina | 319079765 | 313797774 | 286542387 | 90% |
|Servicios personales indirectos | 436731993 | 390923462 | 388675427 | 89% |
| ...GASTOS GENERALES | 617225439 | 550427661 | 540359874 | 88% |
|Adquisición de bienes | 89490837 | 73593201 | 71098104 | 79% |
|Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento) | 307868909 | 277527542 | 269954992 | 88% |
|Mantenimiento | 169753707 | 157038210 | 157038210 | 93% |
|Servicios públicos | 47015319 | 39278070 | 39278070 | 84% |
|Impuestos y Multas | 3096667 | 2990638 | 2990498 | 97% |
|Otros | 0 | 0 | 0 | 0% |
| ...TRANSFERENCIAS CORRIENTES | 36122212 | 31515777 | 31515777 | 87% |
|Pago directo de pensionados o jubilados | 13174232 | 11394824 | 11394824 | 86% |
|Otras transferencias corrientes | 22947980 | 20120953 | 20120953 | 88% |
| GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS | 387189586 | 319248072 | 305709190 | 79% |
| ...Medicamentos | 280410004 | 232529049 | 226014869 | 81% |
| ...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos) | 0 | 0 | 0 | 0% |
| ...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos) | 106779582 | 86719023 | 79694321 | 75% |
| INVERSION | 203160278 | 179551826 | 179445912 | 88% |
| DEUDA PUBLICA | 0 | 0 | 0 | 0% |
| CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores) | 0 | 0 | 0 | 0% |
| TOTAL DE GASTOS | 2989826709 | 2745654395 | 2692438390 | 90% |

Período de Enero 1 a Abril 30 de 2020:

A continuación se anexa la ejecución presupuestal de ingresos y gastos del período de Enero 1 a Abril 30 de 2020:

| CONCEPTO | DEFINITIVO | RECONOCIDO/ COMPROMETIDO | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | TOTAL RECAUDAD O/ PAGADO |
|----------|------------|-----------------------------|-------|---------|-------|-------|--------------------------------|
|----------|------------|-----------------------------|-------|---------|-------|-------|--------------------------------|

| | | | | | | | |
|---|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| DISPONIBILIDAD INICIAL | 70.422.324 | 70.422.324 | 70.422.324 | 109.817.028 | 95.142.266 | | 70.422.324 |
| Ingresos Corrientes | 1.687.355.935 | 608.599.814 | 175.126.270 | 133.950.151 | 127.748.980 | 141,094,242 | 577,919,643 |
| ...Venta de Servicios de Salud | 1.585.813.222 | 512.333.947 | 108.123.287 | 116.419.216 | 116.091.522 | 129,226,302 | 469,860,327 |
|Regimen Subsidiado | 1.062.976.391 | 349.201.956 | 93.452.505 | 100.595.289 | 101.818.612 | 103,835,799 | 399,702,205 |
|Regimen Contributivo | 276.246.593 | 116.281.969 | 7.380.006 | 8.241.756 | 8.581.974 | 9,230,396 | 33,434,132 |
|Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|Población pobre no afiliada al Régimen Subsidiado | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|SOAT (Diferentes a ECAT) | 13.553.669 | 4.304.012 | 0 | 1.590.739 | 580,040 | 2,557,252 | 4,728,031 |
|ADRES (Antes FOSYGA) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|Plan de intervenciones colectivas | 76.636.905 | 2 | 1 | 1 | 0 | | 2 |
|Otras ventas de servicios de salud | 156.399.664 | 42.546.008 | 7.290.775 | 5.991.431 | 5.110.896 | 13,602,855 | 31,995,957 |
|Cuotas de recuperación (Vinculados) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|Cuotas moderadoras y copagos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|Otras ventas de servicios de salud | 156.399.664 | 42.546.008 | 7.290.775 | 5.991.431 | 5.110.896 | 13,602,855 | 31,995,957 |
| ...Total Aportes (No ligados a la venta de servicios) | 4.510.424 | 4.510.424 | 0 | 0 | 4.510.424 | 0 | 4.510.424 |
|Aportes de la Nación No ligados a la venta de servicios | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|Aportes de la Nación para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (Excluye FONSAET) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|FONSAET - Fondo de Salvamento y Garantía del Sector Salud- | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|Aportes Artículo 5 Decreto Ley 538 de 2020 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|Otros Aportes de la Nación no ligados a la venta de servicios de salud | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | |
|--|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|Aportes del departamento/distrito No ligados a la venta de servicios | 4.510.424 | 4.510.424 | 0 | 0 | 4.510.424 | 0 | 4.510.424 |
|Subsidio a la oferta (Art. 2.4.2.6 Decreto 268 de 2020) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|Aportes Artículo 5 Decreto Ley 538 de 2020 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|Aportes del Departamento/Distrito para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|Estampillas | 4.510.424 | 4.510.424 | 0 | 0 | 4.510.424 | 0 | 4.510.424 |
|Otros aportes del Departamento/Distrito no ligados a la venta de servicios de salud | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|Aportes del municipio No ligados a la venta de servicios | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|Subsidio a la oferta (Art. 2.4.2.6 Decreto 268 de 2020) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|Aportes del Municipio para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|Otros aportes del Municipio no ligados a la venta de servicios de salud | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ...Otros ingresos corrientes | 97.032.289 | 91.755.443 | 67.002.983 | 17.530.935 | 7.147.034 | 11,867,940 | 103,548,892 |
| Ingresos de Capital | 28.309.726 | 20.420.688 | 23 | 16.751.580 | 3.645.786 | 8,771,414 | 29,192,102 |
| Otros Ingresos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Cuentas por cobrar Otras vigencias | 439.454.661 | 79.705.431 | 16.353.837 | 35.658.649 | 27.692.945 | 51,168,719 | 130,874,150 |
| TOTAL DE INGRESOS | 2.155.120.322 | 708.725.933 | 191.503.429 | 186.360.380 | 159.087.711 | 201,034,375 | 737,985,895 |
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | 1.799.092.117 | 766.853.215 | 98.852.920 | 175.759.388 | 137.742.117 | 210,160,287 | 622,514,712 |
| ...GASTOS DE PERSONAL | 1.285.628.435 | 470.014.700 | 63.880.344 | 122.921.624 | 82.358.111 | 155,485,439 | 424,645,518 |
|Gastos de Personal de Planta | 977.720.050 | 270.350.717 | 63.243.844 | 96.110.709 | 56.801.693 | 127,096,860 | 343,253,106 |
|Servicios personales asociados a la nómina | 865.927.096 | 206.439.317 | 63.243.844 | 75.333.809 | 35.040.393 | 105,723,760 | 279,341,806 |
|Sueldos personal de nómina | 698.960.327 | 191.174.103 | 62.267.987 | 65.600.406 | 32.946.802 | 98,697,776 | 259,512,971 |
|Horas extras, dominicales y festivos | 30.266.180 | 4.152.332 | 0 | 2.569.615 | 0 | 2,471,368 | 5,040,983 |

| | | | | | | | |
|--|---------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina | 136.700.589 | 11.112.882 | 975,857 | 7.163.788 | 2.093.591 | 4,554,616 | 14,787,852 |
|Contribuciones inherentes a la nómina | 111.792.954 | 63.911.400 | 0 | 20.776.900 | 21.761.300 | 21,373,100 | 63,911,300 |
|Servicios Personales Indirectos | 307.908.385 | 199.663.983 | 636,500 | 26.810.915 | 25.556.418 | 28,388,579 | 81,392,412 |
| ...GASTOS GENERALES | 447.167.127 | 268.332.303 | 24.988.842 | 48.305.949 | 42.271.146 | 51,514,788 | 167,080,725 |
|Adquisición de bienes | 63.192.009 | 42.946.495 | 1.780.000 | 1.159.480 | 6.874.360 | 6,975,956 | 16,789,796 |
|Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento) | 244.570.626 | 111.496.895 | 2.643.104 | 27.246.521 | 14.040.614 | 9,697,395 | 53,627,634 |
|Mantenimiento | 105.599.832 | 103.633.355 | 18.077.474 | 16.367.806 | 17.121.065 | 31,009,758 | 82,576,103 |
|Servicios públicos | 32.100.856 | 10.254.806 | 2.488.264 | 3.532.142 | 4.234.400 | 3,831,634 | 14,086,440 |
|Impuestos y Multas | 1.703.804 | 752 | 0 | 0 | 707 | 45 | 752 |
|Otros | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ...TRANSFERENCIAS CORRIENTES | 66.296.555 | 28.506.212 | 9.983.734 | 4.531.815 | 13.112.860 | 3,160,060 | 30,788,469 |
|Pago directo de pensionados o jubilados | 10.530.331 | 2.633.409 | 0 | 877,803 | 877,803 | 877,803 | 2,633,409 |
|Otras transferencias corrientes | 55.766.224 | 25.872.803 | 9.983.734 | 3.654.012 | 12.235.057 | 2,282,257 | 28,155,060 |
| GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS | 303.399.411 | 197.181.844 | 40 | 20.775.754 | 3.872.136 | 48,288,404 | 72,976,094 |
| ...Medicamentos | 208.323.985 | 118.482.744 | 40 | 13.709.316 | 2.674.936 | 37,372,093 | 53,796,145 |
| ...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos) | 95.075.426 | 78.699.100 | 0 | 7.066.438 | 1.197.200 | 10,916,311 | 17,179,949 |
| INVERSION | 69.835.113 | 11.180.000 | 0 | 4.500.000 | 60,928 | 83,776 | 4,644,704 |
| DEUDA PUBLICA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores) | 53.216.005 | 53.216.005 | 53.216.005 | 0 | 0 | 0 | 53.216.005 |
| TOTAL DE GASTOS | 2.225.542.646 | 1.028.431.064 | 152.108.725 | 201.035.142 | 141.675.181 | 258,532,467 | 753,351,515 |
| DISPONIBILIDAD FINAL | 0 | -249.282.807 | 109.817.028 | 95.142.266 | 112.554.796 | 55,506,704 | 55,056,704 |
| SOBREGIROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Abonos a sobregiros | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| CRÉDITOS DE TESORERÍA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Abonos a créditos de tesorería | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Nota: Se anexan en físico ejecuciones presupuestales de cada una de las vigencias:

ANEXO 9. Ejecución presupuestal 2016

ANEXO 10. Ejecución presupuestal 2017

ANEXO 11. Ejecución presupuestal 2018

ANEXO 12. Ejecución presupuestal 2019

ANEXO 13. Ejecución presupuestal de Enero 1 a Abril 30 de 2020

8. CONTRATACION:

A continuación se relaciona por cada una de las vigencias fiscales cubiertas por el período entre la fecha de inicio de la gestión y la fecha de retiro o ratificación, el número de contratos en proceso y ejecutados de acuerdo con los objetos contractuales (prestación de servicios, adquisición de bienes, suministro, mantenimiento, asesorías, consultorías, concesiones, fiducias, etc.) y modalidades de contratación (no incluye los contratos de obra pública reportados en el punto 6 de la presente Acta de Informe de Gestión):

Vigencia 2016 que comprende desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre

| MODALIDAD DE CONTRATACIÓN | OBJETOS CONTRACTUALES | Nº DE CONTRATOS EN PROCESO | Nº DE CONTRATOS EJECUTADOS | VALOR TOTAL (Millones de pesos) |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| CONTRATACIÓN DIRECTA | PRESTACION DE SERVICIOS | 60 | 60 | \$461.137.733 |
| | SUMINISTROS | 162 | 162 | \$520.961.030 |
| | OTROS | 18 | 18 | \$176.016.415 |
| TOTAL | | 240 | 240 | \$1.158.115.178 |

Vigencia 2017 que comprende desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre

| MODALIDAD DE CONTRATACIÓN | OBJETOS CONTRACTUALES | Nº DE CONTRATOS EN PROCESO | Nº DE CONTRATOS EJECUTADOS | VALOR TOTAL (Millones de pesos) |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| CONTRATACIÓN DIRECTA | PRESTACION DE SERVICIOS | 66 | 66 | \$434.303.132 |
| | SUMINISTROS | 121 | 121 | \$473.475.573 |
| | OTROS | 13 | 13 | \$71.061.309 |
| TOTAL | | 200 | 200 | \$978.840.014 |

Vigencia 2018 que comprende desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre

| MODALIDAD DE CONTRATACIÓN | OBJETOS CONTRACTUALES | Nº DE CONTRATOS EN PROCESO | Nº DE CONTRATOS EJECUTADOS | VALOR TOTAL (Millones de pesos) |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| CONTRATACIÓN DIRECTA | PRESTACION DE SERVICIOS | 67 | 67 | \$557.564.351 |
| | SUMINISTROS | 137 | 137 | \$741.104.206 |
| | OTROS | 59 | 59 | \$174.418.821 |
| TOTAL | | 263 | 263 | \$1.473.087.378 |

Vigencia 2019 que comprende desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre

| MODALIDAD DE CONTRATACIÓN | OBJETOS CONTRACTUALES | Nº DE CONTRATOS EN PROCESO | Nº DE CONTRATOS EJECUTADOS | VALOR TOTAL (Millones de pesos) |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| CONTRATACIÓN DIRECTA | PRESTACION DE SERVICIOS | 174 | 174 | \$1.496.972.228 |
| | SUMINISTROS | 210 | 210 | \$848.673.828 |
| | OTROS | 48 | 48 | \$50.905.120 |
| TOTAL | | 432 | 432 | \$2.396.551.176 |

Período que comprende desde el 01 de Enero hasta el 15 de Mayo de 2020:

| MODALIDAD DE CONTRATACIÓN | OBJETOS CONTRACTUALES | Nº DE CONTRATOS EN PROCESO | Nº DE CONTRATOS EJECUTADOS | VALOR TOTAL (Millones de pesos) |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| CONTRATACIÓN DIRECTA | PRESTACION DE SERVICIOS | 102 | | \$1.237.551.024 |
| | SUMINISTROS | 117 | | \$903.791.232 |
| | OTROS | 0 | | \$0 |
| TOTAL | | 219 | | \$2.141.342.256 |

9. REGLAMENTOS Y MANUALES:

A la fecha de ratificación, la E.S.E cuenta con los siguientes reglamentos internos, protocolos, manuales y guías vigentes en la entidad.

| DENOMINACION DEL REGLAMENTO, PROTOCOLO, MANUAL Y GUÍAS | DESCRIPCION | MECANISMOS DE ADOPCION Y VIGENCIA | No DE ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCION | FECHA DE ADOPCION O VIGENCIA |
|--|--|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| Manejo de la Historia Clínica | Adopción del reglamento del manejo de la | Resolución | Resolución No. 075 | Junio 14 de 2011 |

| | | | | |
|--|---|------------|----------------------|----------------------|
| | historia clínica | | | |
| Manual de Atención al Usuario | Adopción del Manual de Atención al Usuario | Resolución | Resolución 158 | Noviembre 28 de 2011 |
| Protocolos de las 10 primeras causas de atención en Consulta Externa | Adopción de protocolos de las 10 primeras causas de atención en Consulta Externa | Resolución | Resolución No. 157 | Noviembre 28 de 2011 |
| Guías asistenciales | Adopción de guías asistenciales | Resolución | Resolución No. 131 | Noviembre 30 de 2013 |
| Manual de políticas contables | Aprobación del Manual de Políticas Contables | Resolución | Resolución No. 110 | Octubre 18 de 2013 |
| Manual de glosas | Aprobación del manual de glosas | Resolución | Resolución No. 111 | Octubre 18 de 2013 |
| Manual de contratación | Aprobación del manual de contratación | Resolución | Resolución No. 073 | Septiembre 5 de 2014 |
| Manual de cadena de custodia | Aprobación del manual de cadena de custodia | Resolución | Resolución No. 121 | Diciembre 31 de 2014 |
| Adopción de guías de atención | Por medio del cual se modifica la resolución 131 del 30 de noviembre de 2013 sobre adopción guías | Resolución | Resolución No. 054 A | Junio 28 de 2014 |
| Reglamento de cartera | Por la cual se expide el reglamento interno para el cobro de cartera | Resolución | Resolución No. 062 | Junio 28 de 2019 |

| | | | | | |
|---|--|------------|--------------------|--|----------------------|
| | SADENSA | | | | |
| Política y metodología de implementación de guías de práctica clínica | Adopción de políticas y metodología de guías de práctica clínica | Resolución | Resolución No. 132 | | Noviembre 22 de 2019 |
| Guías de práctica clínica y RIAS | Adopción de guías de práctica clínica y RIAS | Resolución | Resolución No. 133 | | Noviembre 22 de 2019 |
| Plan Operativo Anual 2020 | Aprobación del Plan Operativo Anual para la vigencia 2020 | Resolución | Resolución No. 006 | | Enero 15 de 2020 |
| REGLAMENTOS DE COMITES: | | | | | |
| Comité de Glosas | Por la cual se aprueba el Comité de Glosas | Resolución | Resolución No. 032 | | Octubre 23 de 2010 |
| Comité de Conciliación | Crea el Comité de Conciliación | Resolución | Resolución No. 042 | | Abril 23 de 2012 |
| Comité Evaluador | Conformación del Comité Evaluador | Resolución | Resolución No. 121 | | Diciembre 18 de 2013 |
| Comité AIEPI o equipo para bienestar y salud de la infancia | Conformación del Comité AIEPI o equipo para bienestar y salud de la infancia | Resolución | Resolución No. 143 | | Diciembre 31 de 2012 |
| Comité de Promoción y Prevención y se entrega la política AIEPI | Reorganización del Comité de Promoción y Prevención y se entrega la política AIEPI | Resolución | Resolución No. 145 | | Diciembre 31 de 2012 |
| Comité de Convivencia | Adopción del Comité de | Resolución | Resolución No. | | Diciembre |

| | | | | | |
|---|---|------------|---------------------------------|--|-----------------------|
| | Convivencia | | 146 | | 31 de 2012 |
| Farmacia y Terapéutica | Se conforma y reglamenta el Comité de Farmacia, Terapéutica y Tecnovigilancia. | Resolución | Resolución No. 110 | | Septiembre 11 de 2008 |
| Ética Hospitalaria | Se conforma y reglamenta el funcionamiento del comité. | Resolución | Resolución No. 128 | | Noviembre 30 de 2013 |
| Historias clínicas | Se reorganiza el funcionamiento del Comité de Historias Clínicas | Resolución | Resolución No. 122 | | Octubre 15 de 2008 |
| Comité de Historias Clínicas | Modifica el Comité de Historias Clínicas | Resolución | Resolución No. 129 | | Noviembre 30 de 2013 |
| Vigilancia epidemiológica | Se reestructura el Comité de Vigilancia Epidemiológica | Resolución | Resolución No. 121 | | Octubre 15 de 2008 |
| Comité de Control Interno Disciplinario | Se definen los integrantes del Control Interno Disciplinario, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 76 de la ley 734 de 2002 | Resolución | Resolución No. 071 | | Junio 18 de 2010 |
| Comité de emergencias | Actualiza y modifica el comité de emergencias | Resolución | Resolución No. 091 ^a | | Octubre 15 de 2014 |
| Comité de seguridad del paciente | Conformación del Comité de Seguridad del Paciente | Resolución | Resolución No. 122 | | Diciembre 31 de 2014 |

| | | | | |
|---|---|------------|--------------------|-----------------------|
| Comité Institucional de Gestión y Desempeño | Conformación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño que reemplaza el Comité Operativo MECI-Calidad | Resolución | Resolución No. 071 | Julio 27 de 2019 |
| Comité Coordinador de Control Interno | Actualiza el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno | Resolución | Resolución No. 072 | Julio 22 de 2019 |
| Comité de Farmacia y Terapéutica | Modifica y actualiza reglamento del comité de farmacia | Resolución | Resolución No. 104 | Septiembre 12 de 2019 |
| Comité Institucional de Guías de Práctica Clínica | Conformación comité institucional de guías de prácticas clínicas | Resolución | Resolución No. 131 | Noviembre 22 de 2019 |
| Comité de Salud y Seguridad en el Trabajo | Actualiza y reglamenta comité Seguridad y Salud Trabajo | Resolución | Resolución No. 023 | Marzo 5 de 2020 |
| Comité de Convivencia Laboral | Actualiza y reglamenta comité de Convivencia Laboral | Resolución | Resolución No. 024 | Marzo 5 de 2020 |
| Grupo Administrativo de Gestión Ambiental (GAGAS) | Actualiza y reglamenta Grupo Administrativo de Gestión Ambiental | Resolución | Resolución No. 025 | Marzo 5 de 2020 |

10. PROCESOS JUDICIALES:

| DEMANDANTE | DEMANDADO | PROCESO FINALIZADO | RESULTADO FINAL |
|----------------------------------|--|---------------------------|------------------------|
| BLANCA LIGIA NOREÑA Y OTROS | ESE HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | En contra |
| MARIA DORALBA GOMEZ OCAMPO | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| OLGA LUCIA GIRALDO NOREÑA | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| SONIA CARMONA OSORIO | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| BLANCA OLIVA GIRALDO LOPEZ | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| EMMA SALAZAR LOPEZ | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| NELSON DE JESUS ESCUDERO MONTOYA | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| MAGDALENA ROJAS JARAMILLO | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| MARIA OLIVIA GONZALEZ MUÑOZ | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| ROSA EMILSEN LOPEZ GIRALDO | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| MARIA DONELIA DUQUE GIRALDO | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| BLANCA MARGARITA LOPEZ GIRALDO | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| JESUS MARIA HIGUITA BARRERA | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| GLORIA AMANDA GIRALDO | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |

| | | | |
|-------------------------------------|--|----|---------|
| HILDE MARIA HERRERA YEPES | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| MARIA GRISELDA GUTIERREZ | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | NO | |
| CARMEN ROCIO GOMEZ OSSA | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| MARIA ESTELLA ARIAS MURILLO | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| AMANDA YEPES MARTINEZ | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| LUZ MIRIAM GALLEGO | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| CARMEN ROCIO GOMEZ OSSA | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| MARIA GRISELDA GUTIERREZ | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| MARIA RUTH IDARRAGA AMAYA | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |
| ESE Hospital Padre Clemente Giraldo | Luis Germán Henao Mayo | NO | |
| JOHN DARIO SOTO VASQUEZ | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | NO | |
| HILODORO ANTONIO SUAREZ DUQUE | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO Y OTROS | SI | A favor |
| Amanda Yepes Martínez y otros | ESE Hospital Padre Clemente Giraldo | | |
| KELY JOHANA RESTREPO URIBE Y OTROS | ESE HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO DE GRANADA | NO | |
| BLANCA OLIVA GIRALDO LOPEZ | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | A favor |

| | | | |
|---------------------------------------|--|----|-----------|
| JESUS MARIA HIGUITA BARRERA | E.S.E. HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | SI | En contra |
| E.S.E HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | ANTHOC | | |

11. CONCEPTO GENERAL:

La ESE Hospital Padre Clemente Giraldo del municipio de Granada (Antioquia) desarrollo en los últimos ocho (8) años una gran cantidades de acciones tal como se presentan y detallan en cada uno de los diferentes numerales del presente informe; que le han permitido posicionarse favorablemente en el contexto de todas las entidades Prestadoras de Servicios de Salud, de la Subregión del Oriente Antioqueño, del Nivel Departamental y de acuerdo a la percepción de los diferentes usuarios, tanto a nivel individual como de las EPS con las que mantienen relaciones comerciales, como una entidad líder y referente a la Prestación de Servicios de Salud con calidad, oportunidad, accesibilidad, adherencia a protocolos y guías de manejo, con criterios Técnico Científicos definidos según su capacidad y grado de complejidad instalados.

Cuenta con un Talento Humano formado y capacitado de acuerdo al Manual de Funciones y Competencias aprobado por la Junta Directiva de la ESE, el cual se diseño y aplica con base en las normas y directrices de autoridades competentes como son el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP y el Consejo Nacional del Servicio Civil, tanto en el área Administrativa como Asistencial.

Funciona con base en el diseño, ejecución, evaluación/medición y acciones de mejora de procesos, que buscan la estandarización y empoderamiento para las actividades y acciones que se desempeña al interior de la entidad, utiliza herramientas de seguimiento como son los indicadores por áreas y unidades funcionales y el Programa para el Mejoramiento Continuo de la Entidad – PAMEC.

Da cumplimiento a los Estándares de Habilitación de la Calidad exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social como entidad Prestadora de Servicios de Salud de Baja Complejidad que es.

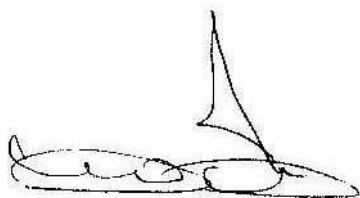
Cuenta con una infraestructura física adecuada y suficiente a la demanda actual, la cual se ha reformado recientemente y que responde también a las necesidades funcionales de la misma entidad. La dotación con equipamiento biomédico y de informática se ha venido mejorando y reponiendo de acuerdo a la tecnología disponible en el mercado y a las necesidades de los usuarios; debido a los problemas generados en el flujo de recursos, estas fortalezas pueden verse afectadas hacia futuro si no se logra una captación regular y oportuna de estos mismos.

En lo referente al manejo de los recursos económicos, los cuales provienen en su gran mayoría (casi su totalidad) a través de Ingresos Corrientes por la venta de servicios de salud; se observa un manejo supremamente racional, en condiciones de eficiencia, eficacia y efectividad que le han permitido no solamente ser autosuficientes y autosostenibles; si no que ha mantenido y garantizado el crecimiento de sus servicios y de las competencias de todo su personal a pesar de las grandes dificultades que históricamente se ha observado en el flujo de los recursos y por ende en la liquidez del Sistema de Salud.

Preocupa la cartera que se ha generado a favor de la entidad principalmente la relacionada con que se tiene con las Empresas Promotoras de Salud que han sido intervenidas por el mismo Estado: Supersalud y Minsalud, la cual registra unos altos periodos de vencimiento y para la que a la fecha aún no se vislumbra una posible pronta solución, incluyendo la misma Ley de Punto Final, más aún en los actuales momentos de afectación económica nacional mundial por causa de la Pandemia por el COVID 19 en la que nos encontramos con la consecuente desaceleración económica que ha venido generado en todos los niveles y sectores.

Debe continuar dando cumplimiento a los indicadores y medidas planteadas en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero que le fue aprobado por los Ministerios de Salud y de Hacienda y Crédito Público como hasta ahora se ha venido haciendo.

12. FIRMA:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'V. Hoyos', with a large, stylized flourish extending upwards from the end of the signature.

**VÍCTOR RAÚL HOYOS HOYOS
GERETE SALIENTE**

ANEXOS:**ANEXO 1. RELACIÓN DE CUENTAS BANCARIAS A MAYO 15 DE 2020:**

| No. DE LA CUENTA | NOMBRE DE LA CUENTA | NOMBRE DEL BANCO | SALDO EN BANCOS |
|----------------------------|----------------------------|-------------------------|------------------------|
| 67229121637 | CORRIENTE | BANCOLOMBIA | 59.246.660.86 |
| 02346970521 | AHORROS | BANCOLOMBIA | 10.449.153.93 |
| 32562552404 | AHORROS | BANCOLOMBIA | 18.297.3 |
| 013800001193 | CORRIENTE | BANCO AGRARIO | 558.526.78 |
| 3931 | CREADIARIO | COOPERATIVA CREAMFAM | 7.300.105.6 |
| 3931-001 FONDO DE VIVIENDA | CREADIARIO | COOPERATIVA CREAMFAM | 29.868.901 |
| 3931-003 BIENESTAR SOCIAL | CREADIARIO | COOPERATIVA CREAMFAM | 5.290.119 |
| 00110100035558 | AHORROS | COOGRANADA | 273.818 |
| 257251215 | AHORROS | CONFIAR | 94.984 |

ANEXO 2. RELACIÓN DE CHEQUERAS A MAYO 15 DE 2020:

| No. DE CUENTA | TOTAL CHEQUERAS | CHEQUES GIRADOS | CHEQUES ANULADOS | CHEQUES EN BLANCO |
|----------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 3931 | 1 | 4 | 0 | 26 |
| 3931-001 | 1 | 19 | 3 | 8 |
| 3931-003 | 1 | 14 | 0 | 16 |
| 013800001193 | 1 | 97 | 3 | 0 |
| 257251215 | 1 | 1 | 0 | 29 |

ANEXO 3. SALDO EN CAJA MENOR A MAYO 15 DE 2020:

| SALDO | RESPONSABLE DE MANEJO | RESOLUCIÓN APROBACIÓN |
|--------------|------------------------------|------------------------------|
| 173.253 | MARIA STELLA ARIAS M | 001 |

ANEXO 4. RECIBOS DE CAJA A MAYO 15 DE 2020:

| NÚMERO DE TALONARIOS EN BLANCO | SECUENCIA |
|--------------------------------|-----------|
| 45 | 1906 |

ANEXO 5. CONSOLIDADO DE CARTERA POR EDADES A ABRIL 30 DE 2020. (Se anexa como documento adicional a presente informe)

ANEXO 6. RELACIÓN DE DEUDORES POR PRESTAMOS DE FONDO DE VIVIENDA Y BIENESTAR SOCIAL A ABRIL 30 DE 2020.

| | | MES DE: ABRIL DE 2020 | | | | | | | | | | | |
|------|-----|-----------------------|----------------------------------|--------------------|----------|------------------|------------------|--------------------|------------------|----------|---------------|----------------|--|
| Nro. | Ord | D.IDENTID. | NOMBRES Y APELLIDOS | VIVIENDA | | | | | SALUD | | | | |
| | | | | S. ANT. | PREST | CUOTA | INTERES | S. SGTE | S. ANT. | PREST | INTERES | S. SGTE | |
| | 1 | 21,491,230 | Amanda Yepes Martínez | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 2 | 21,778,810 | Patricia Elena Pérez Piedrahita | 22,037,987 | 0 | 156,259 | 110,190 | 21,881,728 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 3 | 21,998,761 | María Donelia Duque Giraldo | 3,872,328 | 0 | 36,148 | 61,202 | 3,836,180 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 4 | 26,007,673 | Martha Cecilia Doria Avila | 21,881,728 | 0 | 157,040 | 109,409 | 21,724,688 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 5 | 32,392,034 | María Doralba Gomez Ocampo | 7,289,545 | 0 | 21,400 | 228,600 | 7,268,145 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 6 | 39,187,169 | Nora Elsy Echeverry Restrepo | 9,142,495 | 0 | 187,204 | 45,939 | 8,955,291 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 7 | 39,407,643 | Luz Eneida Palacios Valencia | 23,558,453 | 0 | 148,657 | 117,792 | 23,409,796 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 8 | 43,487,624 | Lilyam Elena Quiroz López. | 3,477,612 | 0 | 149,932 | 17,388 | 3,327,680 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 9 | 43,583,944 | Claudia Elena Carvajal Rodriguez | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 10 | 43,644,176 | María Estella Arias Murillo | 20,122,845 | 0 | 126,978 | 100,614 | 19,995,867 | 461,266 | 0 | 18,987 | 2,308 | |
| | 12 | 43,645,797 | María Maricela Tobon Aristizabal | 20,741,784 | 0 | 166,000 | 104,000 | 20,575,784 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 12 | 43,879,816 | Silvia Idali Nava Villegas | 20,603,197 | 0 | 0 | 23,237 | 20,603,197 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 13 | 70,696,599 | Hugo Alberto Betancur Velasquez | 13,383,220 | 0 | 200,516 | 65,933 | 13,182,704 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 14 | 70,732,402 | Gustavo Adolfo Sanchez Henao | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 15 | 70,826,166 | Luis Alberto Giraldo Martínez | 4,456,762 | 0 | 43,454 | 22,284 | 4,413,308 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 16 | 71,171,297 | Nelson de Jesús Escudero Montoya | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 573,551 | 0 | 18,427 | 2,868 | |
| | 17 | 71,265,266 | Edward Patiño Aragon | 21,088,634 | 0 | 161,006 | 105,443 | 20,927,628 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 18 | 71,590,875 | Victor Raul Hoyos Hoyos | 16,320,129 | 0 | 117,125 | 81,601 | 16,203,004 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 19 | 71,932,082 | Jesus Maria Huguita Barrera | 6,894,785 | 0 | 47,730 | 34,474 | 6,847,055 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 20 | 1,036,927,997 | Julian Jaramillo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 21 | 1,041,205,152 | Astrid Aristizabal Ramirez | 23,558,453 | 0 | 148,657 | 117,792 | 23,409,796 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 22 | 1,041,202,283 | Luz Elena Giraldo Giraldo | 19,102,536 | 0 | 170,936 | 95,513 | 18,931,600 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | totales | 257,532,493 | 0 | 2,039,042 | 1,441,411 | 255,493,451 | 1,034,817 | 0 | 37,414 | 5,176 | |
| | | | | 0 | | | | | 0 | | | 997,403 | |

ANEXO 7. CONSOLIDADO DE CUENTAS POR PAGAR A ABRIL 30 DE 2020



CUENTAS POR PAGAR

| | | | | |
|----------------------|------------|---------------------------------------|------------|------|
| Razón Social: | | E.S.E HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO | | |
| NIT: | 890981182 | dv | 1 | |
| Período de C | Mes | Abril | Año | 2020 |

| Código Rubro Presupuestal | Rubro Presupuestal | N° Disponibilidad Presupuestal | N° Registro Presupuestal | Nit Proveedor | Nombre del Proveedor y/o Acreedor | N° Contrato | Edad de la Obligación | |
|---------------------------|--|--------------------------------|--------------------------|---------------|-----------------------------------|-------------|-----------------------|-------------------------|
| | | | | | | | Hasta 60 Días | Total Cuentas por Pagar |
| 1010200-1 | REMUNERACIÓN POR SERVICIOS TÉCNICOS | 16 | 16 | 900406896 | A.C AUDITORIA Y CONSULTORIA SAS | P012-2020 | 2,293,740 | \$ 2,293,740 |
| 2010200-4 | COMUNICACIONES Y TRANSPORTE | 149 | 149 | 71656053 | AGUDELO SUAZA CARLOS MARIO | FP-491 | 879,780.00 | \$ 879,780 |
| 2020102-2 | MATERIALES | 33 | 33 | 890912872 | ALDENTAL S.A | S-005-2020 | 50,220.00 | \$ 50,220 |
| 4100100-4 | MATERIAL PARA ODONTOLOGIA | 33 | 33 | 890912872 | ALDENTAL S.A | S-005-2020 | 962,084.00 | \$ 962,084 |
| FO | DEPOSITOS PROVISIONALES | 0 | 0 | 860403871 | ANTOC | 52096 | 73,766 | \$ 73,766 |
| 2020202-6 | PLAN INTEGRAL RESIDUOS SOLIDOS | 25 | 25 | 900448985 | BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S | P016-2020 | 417,410.00 | \$ 417,410 |
| 2020102-2 | MATERIALES | 130 | 130 | 900448985 | BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S | FP-177904 | 66,216.00 | \$ 66,216 |
| 2020102-2 | MATERIALES | 146 | 146 | 900448985 | BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S | FP-177904 | 132,432.00 | \$ 132,432 |
| 1020200-1 | REMUNERACIÓN POR SERVICIOS TÉCNICOS | 17 | 17 | 43996483 | CARDENAS SALINAS VIVIANA LORENA | P013-2020 | 1,315,020.00 | \$ 1,315,020 |
| 1020200-1 | REMUNERACIÓN POR SERVICIOS TÉCNICOS | 54 | 54 | 15442721 | CARDONA BETANCUR SIMEON ANDRÉ | P017-2020 | 957,900.00 | \$ 957,900 |
| 1010200-1 | REMUNERACIÓN POR SERVICIOS TÉCNICOS | 15 | 15 | 1020437299 | CARDONA MUNERA JHONATAN FABIAN | P011-2020 | 1,915,800.00 | \$ 1,915,800 |
| 1020200-1 | REMUNERACIÓN POR SERVICIOS TÉCNICOS | 8 | 8 | 1041204348 | CASTRILLON LOPEZ GUILLERMO | P005-2020 | 2,230,358.00 | \$ 2,230,358 |
| 3200100 | PENSIONES Y JUBILACIONES (PAGO DIRECTO) | 99 | 99 | 22138534 | CASTRO SALAZAR ESTHER GABRIELA | 320300 | 807,503.00 | \$ 807,503 |
| 4100100-2 | MATERIAL MEDICOQUIRURGICO | 26 | 26 | 890985122 | COHAN | S003-2020 | 519,680.00 | \$ 519,680 |
| 4100100-1 | PRODUCTOS FARMACEUTIC | 26 | 26 | 890985122 | COHAN | S003-2020 | 7,971,326.00 | \$ 7,971,326 |
| 4100100-1 | PRODUCTOS FARMACEUTIC | 26 | 26 | 890985122 | COHAN | S003-2020 | 370,136.00 | \$ 370,136 |
| 4100100-1 | PRODUCTOS FARMACEUTIC | 26 | 26 | 890985122 | COHAN | S003-2020 | 104,654.00 | \$ 104,654 |
| 4100100-1 | PRODUCTOS FARMACEUTIC | 26 | 26 | 890985122 | COHAN | S003-2020 | 245,080.00 | \$ 245,080 |
| 4100100-1 | PRODUCTOS FARMACEUTIC | 26 | 26 | 890985122 | COHAN | S003-2020 | 275,707.00 | \$ 275,707 |
| 4100100-1 | PRODUCTOS FARMACEUTIC | 26 | 26 | 890985122 | COHAN | S003-2020 | 4,642,221.00 | \$ 4,642,221 |
| 4100100-2 | MATERIAL MEDICOQUIRURGICO | 26 | 26 | 890985122 | COHAN | S003-2020 | 709,610.00 | \$ 709,610 |
| 4100100-1 | PRODUCTOS FARMACEUTIC | 26 | 26 | 890985122 | COHAN | S003-2020 | 103,904.00 | \$ 103,904 |
| 4100100-1 | PRODUCTOS FARMACEUTIC | 26 | 26 | 890985122 | COHAN | S003-2020 | 663,462.00 | \$ 663,462 |
| 4100100-2 | MATERIAL MEDICOQUIRURGICO | 26 | 26 | 890985122 | COHAN | S003-2020 | 5,218.00 | \$ 5,218 |
| 4100100-2 | MATERIAL MEDICOQUIRURGICO | 26 | 26 | 890985122 | COHAN | S003-2020 | 15,657.00 | \$ 15,657 |
| 4100100-1 | PRODUCTOS FARMACEUTIC | 26 | 26 | 890985122 | COHAN | S003-2020 | 32,364.00 | \$ 32,364 |
| 4100100-2 | MATERIAL MEDICOQUIRURGICO | 26 | 26 | 890985122 | COHAN | S003-2020 | 158,114.00 | \$ 158,114 |
| 4100100-1 | PRODUCTOS FARMACEUTIC | 26 | 26 | 890985122 | COHAN | S003-2020 | 98,406.00 | \$ 98,406 |
| 4100100-1 | PRODUCTOS FARMACEUTIC | 26 | 26 | 890985122 | COHAN | S003-2020 | 547,956.00 | \$ 547,956 |
| FO | DEPOSITOS PROVISIONALES | 0 | 0 | 800227940 | COLFONDOS | 42020 | 784,000.00 | \$ 784,000 |
| 1020302-2 | APORTES FONDOS DE PENSIÓN CON SIT. DE FONDOS | 151 | 151 | 800227940 | COLFONDOS | 42020 | 2,045,100.00 | \$ 2,045,100 |

| | | | | | | | | |
|--|--|-----|-----|-----------|---------------------------------|-----------|--------------|--------------|
| 1010302-4 1020302-4 | APORTES PATRONAL RIESGOS PROFESIONALES | 151 | 151 | 800226175 | COLMENA RIESGOS LABORALES | 42020 | 1,654,600.00 | \$ 1,654,600 |
| 1010302-2 1020302-2 | APORTES FONDOS DE PENSIÓN CON SIT. DE FONDOS | 151 | 151 | 900336004 | COLPENSIONES | 42020 | 2,360,600.00 | \$ 2,360,600 |
| FO | DEPOSITOS PROVISIONALES | 0 | 0 | 900336004 | COLPENSIONES | 42020 | 838,200.00 | \$ 838,200 |
| 1010302-5 1010402-1 1010402-2 1020302-5 | APORTES CAJA COMPENSACIÓN FAMILIAR, SENA, ICBF, APORTES A | 151 | 151 | 890900842 | COMFENALCO | 42020 | 6,190,500.00 | \$ 6,190,500 |
| 1020302-1 | APORTES A E.P.S CON SITUACIÓN DE FONDOS | 151 | 151 | 805000427 | COOMEVA | 42020 | 349,900.00 | \$ 349,900 |
| FO | DEPOSITOS PROVISIONALES | 0 | 0 | 805000427 | COOMEVA | 42020 | 164,700.00 | \$ 164,700 |
| 1020200-1 | REMUNERACIÓN POR SERVICIOS TÉCNICOS | 5 | 5 | 43880076 | DAZA TORO LILIANA PATRICIA | P002-2020 | 1,887,296.00 | \$ 1,887,296 |
| FO | DEPOSITOS PROVISIONALES | 0 | 0 | 890900286 | DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA/ D.S | 114 | 1,137,514.00 | \$ 1,137,514 |
| 2010300-1 | IMPUESTOS | 155 | 155 | 800197268 | DIAN | 155 | 726.00 | \$ 726 |
| FO | DEPOSITOS PROVISIONALES | 0 | 0 | 800197268 | DIAN | 122144 | 1,974,274.00 | \$ 1,974,274 |
| 4100100-1 | PRODUCTOS FARMACEUTIC MATERIAL | 24 | 24 | 811011426 | DISTRIBUCIONES MEDIFE S.A.S | S002-2020 | 763,995.00 | \$ 763,995 |
| 4100100-2 | MATERIAL MEDICOQUIRURGICO | 24 | 24 | 811011426 | DISTRIBUCIONES MEDIFE S.A.S | S002-2020 | 431,107.00 | \$ 431,107 |
| 4100100-3 | MATERIAL DE LABORATORIO | 24 | 24 | 811011426 | DISTRIBUCIONES MEDIFE S.A.S | S002-2020 | 2,154,430.00 | \$ 2,154,430 |
| 4100100-2 | MATERIAL MEDICOQUIRURGICO | 24 | 24 | 811011426 | DISTRIBUCIONES MEDIFE S.A.S | S002-2020 | 481,600.00 | \$ 481,600 |
| 2020102-2 | MATERIALES | 24 | 24 | 811011426 | DISTRIBUCIONES MEDIFE S.A.S | S002-2020 | 112,000.00 | \$ 112,000 |
| 2020102-2 2010 | MATERIALES | 144 | 144 | 800215509 | DISTRIBUIDORA JORGE MARIO URIB | 679818 | 649,152.00 | \$ 649,152 |
| 2010200-8 | BIENESTAR SOCIAL | 62 | | 70827151 | DUQUE PEDRO CLAVER | S008-2020 | 56,361.00 | \$ 56,361 |
| 2020102-2 2010 | MATERIALES | 62 | | 70827151 | DUQUE PEDRO CLAVER | S008-2020 | 45,984.00 | \$ 45,984 |
| 1010302-1 1020 | APORTES A E.P.S CON SITUACIÓN DE FONDOS | 151 | 151 | 800251440 | E.P.S. SANITAS | 42020 | 724,600.00 | \$ 724,600 |
| FO | DEPOSITOS PROVISIONALES | 0 | 0 | 800251440 | E.P.S. SANITAS | 42020 | 341,200.00 | \$ 341,200 |
| 1010302-1 1020302-1 | APORTES A E.P.S CON SITUACIÓN DE FONDOS | 151 | 151 | 800088702 | EPS SURA | 42020 | 3,618,000.00 | \$ 3,618,000 |
| FO | DEPOSITOS PROVISIONALES | 0 | 0 | 800088702 | EPS SURA | 42020 | 1,702,700.00 | \$ 1,702,700 |
| 2010200-5 | VIATICOS Y GASTOS DE VIA | 153 | 153 | 70826166 | LUIS ALBERTO GIRALDO MARTINEZ | FP-153 | 193,116.00 | \$ 193,116 |
| 4100200-1 | ALIMENTACION | 10 | 10 | 70829529 | GIRALDO TAMAYO SERGIO ARMANDO | S-001 | 1,341,426.00 | \$ 1,341,426 |
| 1020200-1 | REMUNERACIÓN POR SERVICIOS TÉCNICOS | 14 | 14 | 73195431 | HERRERA PINTO LUIS FERNANDO | P010-2020 | 923,478.00 | \$ 923,478 |
| 4100100-3 | MATERIAL DE LABORATORIO | 32 | 32 | 811028717 | HUMMALAB S.A | S004-2020 | 1,301,229.00 | \$ 1,301,229 |
| 4100100-3 | MATERIAL DE LABORATORIO | 32 | 32 | 811028717 | HUMMALAB S.A | S004-2020 | 291,555.00 | \$ 291,555 |
| 4100100-3 | MATERIAL DE LABORATORIO | 32 | 32 | 811028717 | HUMMALAB S.A | S004-2020 | 334,800.00 | \$ 334,800 |
| 2020102-2 | MATERIALES | 55 | 55 | 900434612 | INVERSIONISTAS DE GRANADA S.A.S | S007-2020 | 1,070,903.00 | \$ 1,070,903 |
| 2020102-2 | MATERIALES | 55 | 55 | 900434612 | INVERSIONISTAS DE GRANADA S.A.S | S007-2020 | 124,264.00 | \$ 124,264 |
| 2020102-2 2020 | MATERIALES | 63 | 63 | 70826324 | LOPEZ GOMEZ GONZALO DE JESUS | S009-2020 | 577,296.00 | \$ 577,296 |
| 2020102-2 2020 | MATERIALES | 63 | 63 | 70826324 | LOPEZ GOMEZ GONZALO DE JESUS | S009-2020 | 102,951.00 | \$ 102,951 |
| 2020102-2 2020 | MATERIALES | 63 | 63 | 70826324 | LOPEZ GOMEZ GONZALO DE JESUS | S009-2020 | 654,813.00 | \$ 654,813 |
| 2020102-2 2020 | MATERIALES | 63 | 63 | 70826324 | LOPEZ GOMEZ GONZALO DE JESUS | S009-2020 | 135,036.00 | \$ 135,036 |
| 1020302-1 | APORTES A E.P.S CON SITUACIÓN DE FONDOS | 151 | 151 | 901097473 | MEDIMAS EPS S.A.S | 42020 | 152,400.00 | \$ 152,400 |
| FO | DEPOSITOS PROVISIONALES | 0 | 0 | 901097473 | MEDIMAS EPS S.A.S | 42020 | 71,800.00 | \$ 71,800 |
| 2020201 | MANTENIMIENTO HOSPITALARIO | 57 | 57 | 18347993 | MESA CALDERON BLANCA ALEJANDRA | M005-2020 | 1,302,000.00 | \$ 1,302,000 |
| 4100100-1 | PRODUCTOS FARMACEUTICOS | 34 | 34 | 860005114 | LINDE MESSER COLOMBIA S.A | S006-2020 | 24,098.00 | \$ 24,098 |

| | | | | | | | | |
|----------------|---|-----|-----|------------|---------------------------------|---------------|-----------------------|-----------------------|
| 4100100-1 | PRODUCTOS FARMACEUTICOS | 34 | 34 | 860005114 | LINDE MESSER COLOMBIA S.A | S006-2020 | 1,342,202.00 | \$ 1,342,202 |
| FO | DEPOSITOS PROVISIONALES | 0 | 0 | 890983728 | MUNICIPIO DE GRANADA | 173 | 5,687,570.00 | \$ 5,687,570 |
| FO | DEPOSITOS PROVISIONALES | 0 | 0 | 890983728 | MUNICIPIO DE GRANADA | 174 | 1,630,340.00 | \$ 1,630,340 |
| 1020200-1 | REMUNERACIÓN POR SERVICIOS TECNICOS | 11 | 11 | 70827166 | MUÑOZ CARO MARIO WILSON | P007-2020 | 1,171,800 | \$ 1,171,800 |
| 1010302-1 | APORTES A E.P.S CON SITUACIÓN DE FONDOS | 151 | 151 | 900156264 | NUEVA EPS S.A | 42020 | 1,082,300.00 | \$ 1,082,300 |
| FO | DEPOSITOS PROVISIONALES | 0 | 0 | 900156264 | NUEVA EPS S.A | 42020 | 509,500.00 | \$ 509,500 |
| FO | DEPOSITOS PROVISIONALES | 0 | 0 | 900156264 | NUEVA EPS S.A | FO - 24952974 | 70,300.00 | \$ 70,300 |
| 1020200-1 | REMUNERACIÓN POR SERVICIOS TECNICOS | 13 | 13 | 72171526 | PEREZ CERVANTES TOMAS ALBERTO | P009-2020 | 923,478.00 | \$ 923,478 |
| 1020200-1 | REMUNERACIÓN POR SERVICIOS TECNICOS | 9 | 9 | 8401423 | PINEDA TABORDA JOSE TIBERIO | P006-2020 | 2,462,609.00 | \$ 2,462,609 |
| 1010302-2 | APORTES FONDOS DE PENSIÓN CON SIT. DE FONDOS | 151 | 151 | 800144331 | PORVENIR S.A. | 42020 | 1,883,900.00 | \$ 1,883,900 |
| FO | DEPOSITOS PROVISIONALES | 0 | 0 | 800144331 | PORVENIR S.A. | 42020 | 669,500.00 | \$ 669,500 |
| 1010302-2 | APORTES PENSIÓN CON SIT. DE FONDOS | 151 | 151 | 800229739 | PROTECCION | 42020 | 2,078,400.00 | \$ 2,078,400 |
| FO | DEPOSITOS PROVISIONALES | 0 | 0 | 800229739 | PROTECCION | 42020 | 866,500.00 | \$ 866,500 |
| 2020102-2 | MATERIALES | 147 | 147 | 70693195 | SALAZAR SERNA HUGO EFRAIN | FP-3999 | 149,044 | \$ 149,044 |
| 2010200-7 | VIGILANCIA Y ASEO | 6 | 6 | 900478455 | SINTRASAN | P003-2020 | 4,211,156.00 | \$ 4,211,156 |
| 2020202-8 | SERVICIOS DE RAYOS X EIMAGENOLOGIA CONTRATADOS CON TERCEROS | 7 | 7 | 890939936 | SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A SC | P004-2020 | 43,420.00 | \$ 43,420 |
| 2020202-7 | SERV. LABORATORIO CONTARATDOS CON TERCEROS | 7 | 7 | 890939936 | SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A SC | P004-2020 | 801,208.00 | \$ 801,208 |
| 2020202-7 | SERV. LABORATORIO CONTARATDOS CON TERCEROS | 7 | 7 | 890939936 | SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A SC | P004-2020 | 18,547.00 | \$ 18,547 |
| FO | DEPOSITOS PROVISIONALES | 0 | 0 | 890984015 | SOCIEDAD SAN VICENTE DE PAUL | FO-2 | 579,052.00 | \$ 579,052 |
| 2020201 | MANTENIMIENTO HOSPITALARIO | 53 | 53 | 901223481 | SUMINISTRO & SUCOMUNICACION S. | M003-2020 | 840,046.00 | \$ 840,046 |
| 2010100-2 | MATERIALES | 131 | 131 | 901223481 | SUMINISTRO & SUCOMUNICACION S. | 589 | 966,560 | \$ 966,560 |
| 10202001-1 | REMUNERACIÓN POR SERVICIOS TECNICOS | 4 | 4 | 1116862117 | TREJOS ALVARADO ESTEBAN | P001-2020 | 2,284,675.00 | \$ 2,284,675 |
| 1010200-1 | REMUNERACIÓN POR SERVICIOS TECNICOS | 58 | 58 | | ZAPATA CASTRILLON JOSE NICOLAS | P018-2020 | 2,139,000.00 | \$ 2,139,000 |
| Totales | | | | | | | \$ 100,046,535 | \$ 100,046,535 |

- Que al cierre de la Vigencia Fiscal del año 2019, la Subgerente Administrativa certificó Cuentas por Pagar por la suma de \$ **53.216.005** por concepto de Remuneración Servicios Técnicos, Cesantías con situación de fondos, Materiales, Bienestar Social, Servicios de Laboratorio e Imagenología contratados con terceros, Productos farmaceuticos, Material Médico Quirurgico, Material de Odontología, Laboratorio e Imagenología, Promoción y Prevención.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Constituir cuentas por pagar a 31 de diciembre de 2019, para la E.S.E Hospital Padre Clemente Giraldo con el siguiente detalle:

CUENTAS POR PAGAR DICIEMBRE 31 DE 2019

| NIT. / CC | PROVEEDORES | TTAL DEUDA |
|--------------|------------------------------|-------------------|
| 800.229.739 | Protección | 25.821.980 |
| 800.224.808 | Porvenir | 1.433.407 |
| 43.880.076 | Liliana Patricia Daza Toro | 2.248.035 |
| 70.826.324 | Gonzalo de Jesús López Gómez | 3.631.500 |
| 890.939.936 | Somer S.A. | 6.389.314 |
| 890.912.872 | Aldental | 1.990.716 |
| 860.005.114 | Linde Messer Colombia S.A. | 3.180.979 |
| 811.011.426 | Distribuciones Medife S.A.S | 4.693.993 |
| 811.028.717 | Hummalab S.A. | 3.825.941 |
| 800197268-4 | Dian | 140 |
| TOTAL | | 53.216.005 |

ARTICULO SEGUNDO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dada en el Municipio de Granada a los 31 días del mes de Diciembre de 2019


VICTOR RAUL HOYOS HOYOS
 Gerente

ANEXO 8. INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS (Se anexa como documento adicional al presente informe).

ANEXO 9. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL 2016 (Se anexa como documento adicional al presente informe).

ANEXO 10. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL 2017 (Se anexa como documento adicional al presente informe).

ANEXO 11. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL 2018 (Se anexa como documento

adicional al presente informe).

ANEXO 12. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL 2019 (Se anexa como documento adicional al presente informe).

ANEXO 13. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL 2020 (Se anexa como documento adicional al presente informe).