

PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

VIGENCIA 2020 - 2023

PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ

Contenido

1. PRESENTACION	2
2. MARCO LEGAL Y NORMATIVO.....	3
3. OBJETIVOS DEL PLAN DE GESTION	5
4. CONSIDERACIONES PARA LA FORMULACIÓN DEL	6
PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL	6
4.1 PREPARACIÓN.....	6
4.2 FORMULACIÓN	6
4.3 APROBACIÓN	6
4.4 EJECUCION.....	7
4.5 EVALUACIÓN	7
5. DETALLE DE FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL	7
6. METAS ANUALIZADAS DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL.....	26
7. SOCIALIZACION Y DESPLIEGUE DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL	29
8. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DEL DIRECTOR O GERENTE DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL	30

1. PRESENTACION

Como marco de referencia para la gestión institucional, el gerente de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, presenta ante la Junta directiva, el Plan de Gestión Gerencial 2020-2023, obedeciendo a la ley 1438 de 2011 y ajustándose a las condiciones y metodologías definidas por el Ministerio. No pretende ésta administración limitarse al cumplimiento obligatorio de una norma, pues el plan orienta de manera clara cómo a través de la monitoría de tres dimensiones: Direccionamiento y gerencia, Financiera y administrativa, gestión clínica o asistencial, puede lograrse la administración exitosa de la institución en salud más importante del departamento, articulando los compromisos allí fijados con la estructura de un plan de desarrollo que traduzca proyectos en acciones para el fortalecimiento de la institución, a través de un liderazgo humanamente participativo.

Obedeciendo a la lógica de construcción definida en la Resolución 710 de 2012 expedida por el ministerio de salud y protección social y a las modificaciones definidas en la resolución 408 de 2018 expedida por el ministerio de salud y protección social, la gerencia de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, adopta los anexos definidos, asumiendo con responsabilidad sus indicadores y su significado ante la institucionalidad y el sistema de Salud Colombiano. Lo anterior solo puede ser logrado bajo el concepto de apropiación el cual involucra socialización y cumplimiento, apoyado en labores de monitoreo, que permitan la consolidación detallada de un informe anual, que aporte evidencia suficiente para la toma de decisión y conceptos por parte de la junta directiva.

Mediante Decreto 417 del 17 de marzo del 2020 expedido por la presidencia de la república. Se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el Territorio Nacional y mediante el Decreto No. 457 del 22 de marzo de 2020 expedido por la presidencia de la república. Se imparten instrucciones de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público.

El gerente de la E.S.E. Hospital Erasmo Meoz se posesiono el 16 de mayo del 2020 médiante decreto N°00456 del 08 de mayo del 2020 y acta de posesión N° 10241 expedida por la Gobernación de Norte de Santander donde recibió el cargo con un comportamiento atipo generado por la por la pandemia del Coronavirus COVID-19.

Presento por tanto ante la Junta Directiva, el proyecto de Plan de Gestión gerencial, para ser revisado y analizado

*Miguel Tonino Botta Fernández
Gerente de la E.S.E. H.U.E.M.*

2. MARCO LEGAL Y NORMATIVO

El Plan de Gestión Gerencial de la E. S. E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, se propone acorde a la siguiente normativa:

Ley 1122 de 2007 Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

Artículo 2°: Resultados en salud: “Respecto de las Empresas Sociales del Estado ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo”.

Artículo 28. Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los indicadores de evaluación conforme lo señale el Reglamento, o previo concurso de méritos.

Ley 1438 de 2011 Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Artículo 72: estableció que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial, debe aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual fuera designado y sobre el que debería ser evaluado.

Artículo 73: Establece el procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Artículo 74: Establece la evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Resolución 710 de 2012 Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones.

Resolución 743 de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social. Por el cual se modifica la resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones. Modifica los anexos No. 2, 3 y 4 del artículo 2 de la Resolución 710 de 2012, que hacen parte integral de la misma, los cuales quedarán tan y como se reflejan en la presente resolución. Modifica el artículo 3 de la Resolución 710 de 2012.

Resolución 408 de 2018 Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

Decreto 417 del 17 de marzo del 2020 expedido por la presidencia de la república. Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el Territorio Nacional.

Decreto No. 457 del 22 de marzo de 2020 expedido por la presidencia de la república. Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público.

3. OBJETIVOS DEL PLAN DE GESTION

- ✓ Definir las acciones para el cumplimiento de las metas establecidas para una adecuada gestión gerencial definida en la resolución 408 de 15 de febrero de 2018 expedida por el ministerio de salud y protección social.
- ✓ Realizar seguimiento continuo de la gestión institucional, para el aprendizaje organizacional en cada una de las áreas de gestión establecidas.
- ✓ Fortalecer la labor en torno a los estándares superiores de calidad, apoyando su gestión en la auditoría de calidad.

4. CONSIDERACIONES PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

El gerente de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, sigue el ciclo de construcción del plan, desarrollando las siguientes etapas:



Ilustración 1: Condiciones y metodología para la presentación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial - Resolución 000710 de 2012

4.1 PREPARACIÓN

Consiste en el establecimiento de la situación actual de la entidad en cada uno de los indicadores definidos en la resolución, la cual se construirá con base en los resultados obtenidos en evaluaciones anteriores. Para el caso en particular se considera línea base el resultado obtenido en la evaluación de la vigencia 2019.

4.2 FORMULACIÓN

Descripción cualitativa y cuantitativa de los indicadores contenidos en la resolución, los cuales son soportados con evidencia. Permite determinar el panorama institucional y definir los retos que pueden ser planteados con progreso anual.

4.3 APROBACIÓN

El gerente presenta el proyecto de Plan de Gestión a la Junta Directiva de la entidad dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo. Ésta a su vez en los quince (15) días hábiles siguientes estudia, analiza y si considera aprueba el plan.

Una vez aprobado, el Gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión, en los cinco (5) días hábiles siguientes, las que serán resueltas en diez (10) días hábiles siguientes por la Junta Directiva. Si la Junta no aprueba el plan de gestión gerencial presentado dentro del término establecido se entenderá como aprobado. Esta fase, culmina cuando se aprueba el Plan de Gestión mediante Acuerdo de la Junta Directiva, dejando constancia en la respectiva acta de la sesión en la cual fue aprobado dicho plan.

4.4 EJECUCION

Aprobado el plan de gestión, se inicia ejecución por parte del gerente de la E.S.E, quien despliega en su equipo de trabajo el cumplimiento de las metas, lo cual comprende:

1. El despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, con la asignación de responsabilidades e inclusión en la evaluación de desempeño.
2. El seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.
3. Presentación a la Junta Directiva del Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión.

4.5 EVALUACIÓN

La evaluación del Plan es un proceso soportado en información válida y confiable, de periodicidad anual. Para ello el Gerente deberá presentar a la Junta Directiva el Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre, a más tardar el 1º de abril de cada año.

El informe anual de gestión del gerente o director de la Empresa Social del Estado debe contener:

- Logros de los indicadores de gestión y de resultados
- Análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados
- Informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan

5. DETALLE DE FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

A continuación se detalla información básica del proyecto de Plan de Gestión Gerencial por área de gestión:

5.1 DIRECCIÓN Y GERENCIA:

Con un peso del 20% se establecen como aplicables tres indicadores relacionados con el proceso de preparación para la acreditación, plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad y gestión del Plan de Desarrollo institucional.

DIAGNÓSTICO	INDICADOR 1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior			
	FORMULA	Promedio de calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada/promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior			
	OBSERVACIÓN	La E.S.E ejecuta anualmente la autoevaluación de acreditación, acorde a los estándares definidos en el Manual Único de acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario versión 3.1 adoptado en Resolución 5095 de 2018. Si bien es cierto la institución viene en una curva ascendente, es importante resaltar que su leve descenso en la última vigencia, obedece a resultados que aún no permiten demostrar un ejercicio disciplinado de medición para cada uno de los estándares superiores definidos, exigencia que se hace objetiva en la observación y aplicación de la hoja radar, que orienta la calificación cuantitativa de las tres dimensiones evaluadas (Enfoque, implementación y resultado) las cuales se consideran en diez variables cada una con escala de 1 a 5. De lo anterior se deduce el nivel de exigencia del indicador en cuestión.			
	LINEA BASE	2.42			
PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	≥ 1.20	≥ 1.10	Postulación para la acreditación formalizada con contrato	Acreditación en la vigencia evaluada
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Acreditación con estándares superiores de calidad			
	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento de modelo de calidad institucional (equipos de autoevaluación, equipos primarios, equipo de mejoramiento institucional) 2. Fortalecimiento de las variables de implementación y resultado 3. Labor institucional entorno a los ejes de acreditación 			

DIAGNÓSTICO	INDICADOR 2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud			
	FORMULA	Relación del Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas / Número Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC			
	OBSERVACIÓN	La Institución cuenta con un PAMEC cuyo alcance de mejoramiento está orientado al sistema único de acreditación el cual se realiza en la institución acorde a los lineamientos establecidos por el ministerio de salud y protección social. Se ejecuta acorde a la ruta crítica establecida en las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad y lista de chequeo para la evaluación del PAMEC. Se realiza el seguimiento por parte de auditoría de calidad no médica (oficina asesora de planeación) y se evidencia cumplimiento en el 100% de las acciones previstas. Si bien es cierto se ha venido obteniendo un nivel superior en este indicador, corresponde a la administración, realizar los ajustes pertinentes al alcance del PAMEC con el fin de continuar, articular y asegurar el mejoramiento de la calidad a través de los diferentes componentes del SOGC.			
	LINEA BASE	100			
	PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022
	ESTANDAR PROPUESTO	≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Integrar y articular los componentes del Sistema Obligatorio de la garantía de la calidad con el fin de asegurar el aprendizaje organizacional como resultado del mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud			
	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Planeación, monitoreo y comunicación de los componentes del sistema obligatorio de la garantía de la calidad. • Asegurar el mejoramiento logrado en cada uno de los componentes del SOGC. • Consolidación del aprendizaje organizacional acorde con mejoramiento institucional 			

DIAGNÓSTICO	INDICADOR 3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional
	FORMULA	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.

	OBSERVACIÓN	La ESE HUEM contempla como direccionamiento estratégico, planteamiento y formulación, siendo ésta última evidenciada con el plan de desarrollo institucional, el cual responde a los objetivos estratégicos a saber. Al finalizar la vigencia 2019 el plan de desarrollo cuenta con una totalidad de 6 estrategias, 15 programas y 39 proyectos.			
		Como producto de la labor se consolida la matriz estratégico táctico operacional, insumo de evaluación en éste indicador.			
PROYECCIÓN	LINEA BASE	0.99			
	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	≥0.90	≥0.90	≥0.95	≥0.95
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Fortalecimiento de la gestión estratégica de la E.S.E. H.U.E.M.			
	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecutar el ciclo del plan de desarrollo institucional. • Formular el plan de desarrollo institucional 2020-2023. • Presentar para aprobación ante la junta directiva el plan de desarrollo institucional 2020-2023. • Socializar el plan de desarrollo institucional 2020-2023. • Ejecutar el plan de desarrollo institucional 2020-2023, a través de su despliegue en el plan operativo anual de la E.S.E. • Monitorear el cumplimiento del plan operativo anual para cada vigencia. • Evaluar la ejecución del plan de desarrollo institucional 2020 - 2023. 			

Tabla 1: Indicadores de dirección y gerencia E.S.E. H.U.E.M.

5.2 FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Equivalente a un 40% la gestión administrativa y financiera busca fortalecer la estabilidad económica de la institución. Se hace presente en el direccionamiento estratégico institucional a través del desarrollo del objetivo estratégico de sostenibilidad financiera.

DIAGNÓSTICO	INDICADOR 4	Riesgo Fiscal y Financiero			
	FORMULA	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero			
	OBSERVACIÓN	En la vigencia 2019 la E.S.E HUEM no está calificada en alto riesgo fiscal y financiero.			
	LINEA BASE	Sin riesgo fiscal y financiero			
PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Mantener a la E.S.E. H.U.E.M. Sin riesgo fiscal y financiero.			
	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	Mantener a la E.S.E. H.U.E.M. Sin riesgo fiscal y financiero.			
DIAGNÓSTICO	INDICADOR 5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida			
	FORMULA	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de salud y Protección Social			

	OBSERVACIÓN	<p>El indicador de eficiencia pretende que en una comparación de dos años, se aumente la producción más que el gasto. No obstante, la E.S.E. viene realizando un ejercicio de control de costos institucionales. Año a años, se aumenta el costo de medicamentos e insumos en un porcentaje no proporcional al IPC y en el caso de la E.S.E. H.U.E.M. se viene promoviendo el aumento de producción en servicios de mayor complejidad acorde a nuestro nivel de atención lo que significa mayor costo de operación. La producción de la E.S.E. se ve influenciada por la disponibilidad de insumos y oferta de profesionales de la región, que en algunos casos es escasa para el nivel de atención de la Institución. A través de alianzas estratégicas y de procesos de contratación con soporte tecnológico, es posible realizar ampliación de los servicios a ofertar.</p> <p>Nota: Para dar cumplimiento al indicador de eficiencia por evolución del gasto por unidad del valor relativo producida, se debe continuar con el aumento de la producción en la oferta de servicios; y con la adquisición de medicamentos e insumos a un mejor costo, acorde a la disponibilidad del mercado a través de cooperativas de Empresas sociales del Estado garantizando pluralidad de oferentes.</p>			
	LINEA BASE	0,97			
PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	<0,90	<0,90	<0,90	<0,90
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Mejorar la eficiencia de la relación gasto versus producción			
	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con las políticas de control y racionalidad del gasto. • Formular estrategias para aumentar la producción. 			
DIAGNÓSTICO	INDICADOR 6	<p>Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos:</p> <p>a). Compras conjuntas</p> <p>b). Compras a través de cooperativas de empresas sociales del Estado</p> <p>c). Compras a través de mecanismos electrónicos</p>			

	FORMULA	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador y responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a),b) y c). 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada. 4. Aplicación de la fórmula del indicador.			
	OBSERVACIÓN	Con la implementación del procedimiento de contratación electrónica en el proceso de adquisición de bienes y servicios, la E.S.E viene ejecutando de manera sistemática las compras por dicho mecanismo, incluye la subasta electrónica. Para su ejecución, la institución utiliza las plataformas BIONEXO y PUBLINEXO.			
	LINEA BASE	98%			
PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	≥0,70	≥0,70	≥0,70	≥0,70
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Mantener el control de precios de compra con la realización de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico a través de contratación electrónica.			
	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	Dar continuidad a las compras electrónicas y compras de cooperativas de empresas sociales del estado			
DIAGNÓSTICO	INDICADOR 7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior			
	FORMULA	* ((Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salario de 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))			

	OBSERVACIÓN	<p>Para la vigencia 2019 y con base en la disponibilidad de recursos económicos la Institución culminó la vigencia sin deudas superiores a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios.</p> <p>Esta situación es difícil de mantener cuando el pago por parte de las EPS no corresponde al cumplimiento de la normatividad vigente al respecto.</p> <p>Se reporta a los entes de control el no cumplimiento por parte de las entidades responsables de pago, sin embargo, no se refleja en la mejora del flujo de efectivo.</p>			
	LINEA BASE	<p>A= \$ 0</p> <p>B= \$ 0</p>			
PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	<p>Mantener la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta en cero (0).</p> <p>Disminuir el monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios.</p>			
	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la política de priorización de pagos. • Gestión de recursos suficientes que garanticen liquidez al Hospital. • Hacer seguimiento a los pagos en los términos establecidos. 			
DIAGNÓSTICO	INDICADOR 8	Utilización de la información de Registro Individual de prestadores RIPS			
	FORMULA	<p>Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación.</p> <p>En el caso de las instituciones clasificadas en primer nivel el informe debe contener la caracterización de la población captada, teniendo en cuenta, como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.</p>			

	OBSERVACIÓN	Considerando que el análisis de la información solo es posible cuando se tiene validado el reporte del 2193, se presentan durante la vigencia los informes y análisis a los miembros de junta directiva en aras de que sea insumo para la toma de decisión institucional de la alta dirección.			
	LINEA BASE	Total de informes presentados: 4			
PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	4	4	4	4
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Presentación a la junta directiva de 4 informes de RIPS comentados y analizados durante la vigencia			
	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> Revisar y ajustar (en caso de requerirse) la fuente del dato y la parametrización del sistema de información. Procesar, validar y analizar el dato. Consolidar y analizar la información generada en los RIPS con base en el Decreto 2193, con presentación de informe a la Junta Directiva. 			
DIAGNÓSTICO	INDICADOR 9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo			
	FORMULA	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor recaudado en CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)			
	OBSERVACIÓN	<p>La ESE logra mantener un equilibrio con recaudo, lo cual se debe al control de gastos y a las políticas de gestión de cobro (por prestación de servicios y otros ingresos) emprendidas por la administración. Esta situación es difícil de mantener cuando el recaudo promedio de la E.S.E se encuentra en el 37% de lo facturado para la vigencia 2019.</p> <p>El recaudo es una variable que se sale del ámbito de gobernabilidad de la Institución, y cuyo cumplimiento no está siendo ejecutado satisfactoriamente por las entidades responsables de pago.</p> <p>La institución realiza constantemente actualización de la capacidad instalada para validar el plan de ventas de servicios acorde al mismo.</p>			

	LINEA BASE	0,98			
PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	≥0,99	≥0,99	≥0,99	≥0,99
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Aumentar el recaudo y mejorar la eficiencia del gasto			
	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar seguimiento a la contratación y el consumo de servicios para generar alertas en torno al cumplimiento de la legislación vigente a partir del 2021. • Establecer políticas de recaudo basadas en la normatividad vigente. • Continuar con las políticas de disminución y racionalidad del gasto. 			
DIAGNÓSTICO	INDICADOR 10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud o la norma que la sustituya			
	FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.			
	OBSERVACIÓN	De acuerdo al certificado de reporte de circular única por parte de la Supersalud, y la circular externa correspondiente el estado de reporte de I y II Semestre de 2019, la ESE viene ejecutando reporte oportuno, pero el área de contabilidad reporto de manera extemporánea. Esta responsabilidad se encuentra explícita en el manual de funciones de la Institución, debido al ajuste realizado durante la vigencia 2015.			
	LINEA BASE	No cumple			
PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Mantener la oportunidad en la entrega de la información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud o la norma que la sustituya			

	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un cronograma institucional de informes y responsables. • Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información. • Realizar seguimiento a través del cronograma de informes y responsables. 			
DIAGNÓSTICO	INDICADOR 11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya			
	FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.			
	OBSERVACIÓN	De acuerdo al certificado de cumplimiento de reporte por las IPS públicas, en virtud del Decreto 2193 de 2004, emitido por el Ministerio de salud y Protección Social para la información trimestral y semestral de la vigencia 2019, la ESE viene ejecutando reporte oportuno. Esta responsabilidad se encuentra explícita en el manual de funciones de la Institución, debido al ajuste realizado durante la vigencia 2015.			
	LINEA BASE	Oportuno			
PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Mantener la Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya			
	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un cronograma institucional de informes y responsables. • Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información. • Realizar seguimiento a través del cronograma de informes y responsables. 			

Tabla 2: Indicadores de gestión financiera y administrativa E.S.E. H.U.E.M.

5.3 GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL:

El área de gestión clínica tiene un equivalente al 40% donde la E.S.E monitoriza y analiza el funcionamiento asistencial de la institución, para el logro de metas óptimas de desempeño, que nos conduzcan a la prestación de servicios con calidad y oportunidad, enfocadas al usuario.

DIAGNÓSTICO	INDICADOR 12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes			
	FORMULA	Número de historia clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación.			
	OBSERVACIÓN	<p>La E.S.E. viene ejecutando la evaluación de las guías de manejo por parte del personal de auditoría y acorde al procedimiento establecido para tal fin.</p> <p>La Institución cuenta con procedimiento para la adopción de guías de práctica clínica acorde a los lineamientos dados por el Ministerio de salud y protección social. La E.S.E. cuenta con una persona que acompaña la adopción y generación de plan de implementación para la adopción de las mismas.</p> <p>La E.S.E. a través de los coordinadores de las unidades de centro de negocios y el auditor médico de calidad, garantiza la evaluación de guías de práctica clínica implementadas.</p> <p>Nota: para la administración del 2020 – 2023 establece nuevamente el líder hospitalario del cual dependerán los servicios de medicina interna, pediátrica, ginecología y cirugía general.</p>			
	LINEA BASE	100			
PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	≥ 0,8	≥ 0,8	≥ 0,8	≥ 0,8
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Garantizar la evaluación de adherencia a guía para la monitorización del manejo y cumplimiento de lineamientos			

	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	Coordinación entre ginecología, hospitalización y auditor médico para garantizar la evaluación de adherencia. Establecer acciones de mejoramiento, con base en los resultados de la medición de adherencia a guías.			
DIAGNÓSTICO	INDICADOR 13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida			
	FORMULA	Número de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación/ Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.			
	OBSERVACIÓN	<p>La E.S.E. viene ejecutando la evaluación de las guías de manejo por parte del personal de auditoría y acorde al procedimiento establecido para tal fin. La Institución cuenta con procedimiento para la adopción de guías de práctica clínica acorde a los lineamientos dados por el Ministerio de salud y protección social.</p> <p>La E.S.E. cuenta con una persona que acompaña la adopción y generación de plan de implementación para la adopción de las mismas. La E.S.E. a través de los coordinadores de las unidades de centro de negocios y el auditor médico de calidad, garantiza la evaluación de guías de práctica clínica implementadas.</p> <p>Nota: para la administración del 2020 – 2023 establece nuevamente el líder hospitalario del cual dependerán los servicios de medicina interna, pediátrica, ginecología y cirugía general.</p>			
	LINEA BASE	0,94			
	METAS	2020	2021	2022	2023
PROYECCIÓN	ESTANDAR PROPUESTO	≥ 0,8	≥ 0,8	≥ 0,8	≥ 0,8
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Establecer mecanismos de control en la evaluación de adherencia a guía en primera causa de morbilidad, teniendo en cuenta la causa.			

	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	Analizar indicador de primera causa en conjunto con servicios de donde se genere, especialmente ginecología, en caso de parto. Determinar posibilidad de ajustar primera causa en caso de parto y evaluar segunda que sea de impacto para la institución.			
DIAGNÓSTICO	INDICADOR 14	Oportunidad en la realización de apendicetomía			
	FORMULA	Número de pacientes con Diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se realizó la apendicetomía, dentro de las 6 horas de confirmación del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación			
	OBSERVACIÓN	La E.S.E. viene ejecutando el seguimiento a la oportunidad en la realización de apendicetomía, con el constante seguimiento del líder de recursos quirúrgicos a los pacientes con dicho diagnóstico se ha logrado impactar de manera positiva la oportunidad en la ejecución.			
	LINEA BASE	0,94			
PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Garantizar cumplimiento de oportunidad en procedimiento apendicetomía como indicador de gestión y calidad			
	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	Coordinar evaluación en conjunto cirugía pediátrica, cirugía general, urgencias, consulta externa y auditor asignado. Determinar acciones de mejoramiento según hallazgos.			
DIAGNÓSTICO	INDICADOR 15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual			
	FORMULA	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación.(Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)			

	OBSERVACIÓN	Se evidencia el cumplimiento de la meta planteada que es mantener en cero (0) el resultado de dicho indicador para la E.S.E.			
	LINEA BASE	0			
PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	0	0	0	0
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Mantener en 0 neumonía broncoaspirativa en pacientes pediátricos.			
	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	Identificar riesgos de neumonía broncoaspirativas, para evitar evento adverso. Coordinar acciones con líder hospitalario, coordinación de pediatría y seguridad del paciente para minimizar el riesgo de neumonía broncoaspirativas.			
DIAGNÓSTICO	INDICADOR 16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)			
	FORMULA	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio en la vigencia objeto de evaluación-.			
	OBSERVACIÓN	De acuerdo a la información entregada por el comité de historias clínicas, se mantiene una oportunidad del 100% superando la meta prevista.			
	LINEA BASE	100			
PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9

	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Garantizar mediante la monitorización de adherencia a pacientes con diagnóstico Infarto Agudo Miocardio, el cumplimiento de los criterios de diagnóstico y manejo.			
	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<p>Hacer seguimiento de aplicación de guía de manejo en infarto agudo de miocardio.</p> <p>Identificar educación continuada por parte del líder hospitalario y el coordinador de medicina interna, al personal que atiende pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio.</p> <p>Coordinar acciones de cumplimiento en el suministro de reactivos para garantizar diagnóstico de infarto agudo de miocardio.</p>			
DIAGNÓSTICO	INDICADOR 17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria			
	FORMULA	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación/Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación			
	OBSERVACIÓN	A través de la subgerencia de salud con el servicio de epidemiología, se planteó como política realizar el análisis de todos los casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas, lo cual se refleja en el resultado del indicador de la vigencia que supera la meta prevista.			
	LINEA BASE	1			
PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Evaluar historias clínicas de personas fallecidas en la institución y determinar aplicación de guías y atención en calidad.			

	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	Garantizar cumplimiento en la programación de comité de mortalidad hospitalaria.			
DIAGNÓSTICO	INDICADOR 18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría			
	FORMULA	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.			
	OBSERVACIÓN	La consulta externa en la Institución ha venido siendo impactada por la baja contratación con las EAPB en consideración a que las mismas no aceptan las tarifas de la Institución (SOAT), justificando su actuación en el comportamiento del mercado donde otras IPS manejan tarifas diferentes, lo cual puede generar una competencia desleal que afecta el sector salud en la región, así como por el no pago oportuno de la cartera por parte de las mismas. Dado lo anterior, la oferta de especialistas en el servicio se disminuye para garantizar el buen uso de recursos institucionales, por lo que se amplían los tiempos para la asignación de consulta. No obstante lo anterior, se cuenta con un resultado que se encuentra dentro del estándar del año de acuerdo a la resolución No. 0000408 de 2018.			
	LINEA BASE	4,067 días			
	METAS	2020	2021	2022	2023
PROYECCIÓN	ESTANDAR PROPUESTO	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Mantener la oportunidad en la atención de consulta de pediatría			

	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<p>Monitorear permanentemente la oportunidad en la atención de consulta externa</p> <p>Implementar acciones de mejora para impactar la oportunidad de la consulta.</p> <p>Coordinación con servicio de pediatría para proveer especialista en situaciones de aumento de la demanda.</p>			
DIAGNÓSTICO	INDICADOR 19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia			
	FORMULA	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.			
	OBSERVACIÓN	La disponibilidad de personal de planta en la especialidad de ginecobstetricia, mantiene dicho estándar dentro del rango esperado, que en promedio para los dos semestres fue de 4.97 días. En algunos periodos, se cuenta con un resultado que se encuentra dentro del estándar del año de acuerdo a la resolución No. 0000408 de 2018.			
	LINEA BASE	4,978 días			
PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	≤ 8	≤ 8	≤ 8	≤ 8
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Mantener la oportunidad en la atención de ginecobstetricia			
	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<p>Monitorear permanentemente la oportunidad en la atención de consulta externa</p> <p>Implementar acciones de mejora para impactar la oportunidad de la consulta.</p> <p>Coordinación con servicio de ginecobstetricia para proveer especialista en situaciones de aumento de la demanda.</p>			

DIAGNÓSTICO	INDICADOR 20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna			
	FORMULA	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.			
	OBSERVACIÓN	La E.S.E. ha manejado la meta como visión de la gestión anual con el respectivo seguimiento por parte del comité.			
	LINEA BASE	9,079 días			
PROYECCIÓN	METAS	2020	2021	2022	2023
	ESTANDAR PROPUESTO	≤ 15	≤ 15	≤ 15	≤ 15
	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	Mantener la oportunidad en la atención de medicina interna			
	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<p>Monitorear permanentemente la oportunidad en la atención de consulta externa</p> <p>Implementar acciones de mejora para impactar la oportunidad de la consulta.</p> <p>Coordinación con servicio de medicina interna para proveer especialista en situaciones de aumento de la demanda.</p>			

Tabla 3: Indicadores de gestión clínica asistencial de la E.S.E. H.U.E.M.

6. METAS ANUALIZADAS DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

INDICADORES Y ESTANDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN							
ÁREA DE GESTIÓN	N°	INDICADOR	LÍNEA BASE	METAS			
				2020	2021	2022	2023
DIRECCION Y GERENCIA 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades No acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	2.42	≥ 1.20	≥ 1.10	Postulación para la acreditación formalizada con contrato	Acreditación en la vigencia evaluada
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	100	≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90
	3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	0.99	≥0.90	≥0.90	≥0.95	≥0.95
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo
	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida (*)	0,97	<0,90	<0,90	<0,90	<0,90
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los	0,98	≥0,70	≥0,70	≥0,70	≥0,70

	<p>siguientes mecanismos:</p> <p>a). Compras conjuntas</p> <p>b). Compras a través de cooperativas de empresas sociales del Estado</p> <p>c). Compras a través de mecanismos electrónicos</p>					
7	<p>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 (**)</p>	<p>A= \$ 0</p> <p>B= \$ 0</p>	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
8	<p>Utilización de la información de Registro Individual de prestadores RIPS</p>	<p>Total de informes presentados :4</p>	4	4	4	4
9	<p>Resultado equilibrio presupuestal con recaudo</p>	0,98	≥0,99	≥0,99	≥0,99	≥0,99

	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	No cumplimiento	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Oportuno	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	0,100	≥ 0,8	≥ 0,8	≥ 0,8	≥ 0,8
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0,94	≥ 0,8	≥ 0,8	≥ 0,8	≥ 0,8

14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	0,94	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual (****)	0	0	0	0	0
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	0,100	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$
17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	0,100	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$
18	Tiempo promedio de espera para asignación de cita de pediatría	4,067 Días	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5
19	Tiempo promedio de espera para asignación de cita de obstetricia	4,978 Días	≤ 8	≤ 8	≤ 8	≤ 8
20	Tiempo promedio de espera para asignación de cita de medicina interna	9,079 Días	≤ 15	≤ 15	≤ 15	≤ 15

7. SOCIALIZACION Y DESPLIEGUE DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

En aras de garantizar la socialización del plan de gestión gerencial, se implementa el despliegue del mismo con el uso de los diferentes medios de comunicación institucional así:

- Intranet: www.huem.ns, dirigido a los colaboradores de la Institución.
- Página Web: www.herasmomeoz.gov.co, dirigida a la comunidad y partes interesadas.
- Se enviara comunicación interna a cada uno de los procesos responsables del cumplimiento de los indicadores.
- Inclusión de los indicadores de gestión gerencial en plan de acción institucional.

Así mismo, en las jornadas de inducción y reinducción para personal de la E.S.E.; divulgación que estará a cargo de la oficina asesora de planeación y calidad por delegación gerencial.

Considerando que el plan de gestión gerencial hace parte del direccionamiento estratégico institucional, su despliegue y ejecución se realizará a través del plan de acción anual y de los acuerdos de gestión establecidos entre la gerencia y sus colaboradores.

8. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DEL DIRECTOR O GERENTE DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL.

Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

- El Director de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1o de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de salud y de la Protección Social.
- La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.
- Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.
- La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.
- Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para este, la remoción del Director aun sin terminar su

período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

- La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la ley 1438 de 2011, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.

Hace parte integral del plan de gestión el acuerdo N° 008 del 24 de abril del 2020 por medio del cual la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz hace constar el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas del plan de gestión del gerente de la empresa social del estado correspondiente a la vigencia del año 2019.