

ANEXO 1: CONCERTACIÓN, SEGUIMIENTO, RETROALIMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE COMPROMISOS GERENCIALES

Concertación							Avance						Evaluación		
Nº	Obejtivos institucionales	Compromisos gerenciales	Indicador	Fecha inicio-fin dd/mm/aa	Actividades	Peso ponderado	% cumplimiento programado a 1er semestre	% cumplimiento de Indicador 1er Semestre	Observaciones del avance y oportunidad de mejora	% cumplimiento programado a 2º semestre	% cumplimiento de Indicador 2º Semestre	% cumplimiento año	Resultado	Descripción	
1		Mantener los indicadores de oportunidad de los Servicios de Consulta Externa y Urgencias dentro de las metas establecidas por los Entes de Control	Oportunidad consultas medicas especializadas (Numero total de consultas asignadas en la Institución/Sumatoria días calendario entre la soliciud de cita y la fecha para la cual es asignada) (Meta 30 días)	01-ENE-19 31-DIC-19	Seguimiento mensual al Informe de la Oportunidad de asignación de citas y urgencias.	10%	50%	50%	Durante el segundo semestre se mantuvieron dentro de la meta establecida por la Superintendencia Nacional de Salud los indicadores de oportunidad para las citas médicas especializadas definidas en la circular 056. La oportunidad de citas especializadas en general para el mes de diciembre se encuentra en 12,09 días siendo la meta 30 días. De acuerdo con lo definido en la RAE, durante el mes de diciembre se realizó la medición de las especialidades que tienen la oportunidad mayor a 30 días, observando que no existieron supra especialidades por encima de este lapso gracias a las diferentes accioones desarrolladas en conjunto con la Subdirección Medica orientadas a corregir y mejorar la oportunidad.	50%	50%	100%	10%	Indicador estadístico reportado cada uno de los Informes Gestion	
			Asignación de citas medios no presenciales (numero de citas asignadas / total de citas asignadas)x100 (Meta 20%)		Analizar del sistema de asignación de citas call center, servicio telefónico, presencial, e internet.				Realizado el seguimiento se evidencio que los medios presenciales siguen superando a los no presenciales durante la presente vigencia, sin embargo, al comparar la asignación de citas por el centro de atención telefónica y correo, encontramos que la disminución que presenta en comparación con el mismo periodo del 2018 debido a que se han presentado novedades del sistema de asignación de citas CISCO y cortes de energía que afectan negativamente la atención y el proceso de asignación de citas. Para el mes de diciembre el porcentaje de asignación de citas por medios no presenciales es del 24,53% cumpliendo con la meta definida.						
			Oportunidad de atención triage 2 (Sumatoria del numero de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de urgencias por médico/ Numero total de pacientes clasificados como triage 2 en un periodo determinado. (Meta menos 30 minutos)		Generar acciones orientadas a disminuir las barreras de acceso al Hospital (autorizaciones, administrativas, geograficas, entre otras) y tambien dentro de la organización hacia los diferentes servicios.				El triage 2 (Urgencia Vital) incrementó un 4.7%, evidenciando que en 2019 corresponden a un 24.7% del total de los ingresos, continuando dentro de la meta (30 minutos) en cuanto a oportunidad de atención inicial para el mes de diciembre fue de 23 minutos aumentando debido a la priorización de pacientes del programa Geriatrictriage.						

N°	Objetivos institucionales	Compromisos gerenciales	Indicador	Fecha inicio-fin dd/mm/aa	Actividades	Peso ponderado	Avance						Resultado	Descripción
							% cumplimiento programado a 1er semestre	% cumplimiento de Indicador 1er Semestre	Observaciones del avance y oportunidad de mejora	% cumplimiento programado a 2 semestre	% cumplimiento de Indicador 2 Semestre	% cumplimiento año		
2	Brindar un servicio oportuno	Mantener los indicadores de oportunidad de los Servicios de Imágenes y Laboratorio Clínico dentro de las metas establecidas Institucionalmente.	Oportunidad Imágenes paciente Hospitalizado (Número total de estudios solicitados en cada una de las especialidades de imagenología/ sumatoria del número de horas transcurridas entre la solicitud del servicio del tratante y el momento en el cual es prestado el servicio / Sumatoria del número de horas transcurridas desde la toma del estudio hasta la generación del reporte. (Meta 24 hrs)	01-ENE-19 31-DIC-19	Continuar con el fortalecimiento en cada uno de los factores que inciden en la prestación de servicios con oportunidad.	10%	50%	50%	A partir de julio y teniendo en cuenta los ajustes al sistema de información se replanteó el indicador y se hizo una medición por cada tipo de estudio y origen de la actividad, para el mes de diciembre de 2019 fue de 22,98 hrs, cumpliendo con las metas establecidas.	50%	50%	100%	10,0%	Indicador estadístico reportado cada uno de los servicios Informes Gestión
			Oportunidad Imágenes paciente ambulatorio (Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio del tratante y el momento en el cual es prestado el servicio de Imagenología /Total de estudios solicitados en cada una de las especialidades de imagenología) (Meta 15 días)		Intervenir y generar recomendaciones cuando existan causas ajenas a la competencia de la Subdirección que afecten la no Oportunidad.				Como resultado de las diferentes acciones como: renovación tecnológica, adecuaciones físicas, contratación de personal, adecuación de 2 kioscos de consulta, orientadas a mejorar la oportunidad en la realización de los diferentes estudios de Imágenes, actualmente están por debajo de los estándares, para el mes de diciembre está en 8,44 días.					

N°	Objetivos institucionales	Compromisos gerenciales	Indicador	Fecha inicio-fin dd/mm/aa	Actividades	Peso ponderado	Avance					Resultado	Descri
							% cumplimiento programado a 1er semestre	% cumplimiento de Indicador 1er Semestre	Observaciones del avance y oportunidad de mejora	% cumplimiento programado a 2 semestre	% cumplimiento de Indicador 2 Semestre	% cumplimiento año	
			Oportunidad atención Laboratorio Clínico (Número de minutos transcurridos desde la recepción de la muestra que entrega urgencias, hospitalizados y UCI al Laboratorio hasta la validación del resultado/ Número de pruebas realizadas para cada área. (Meta 110 minutos)		Generar estrategias de mejora con el fin de agilizar el traslado de las muestras y mantener dentro de la meta el tiempo promedio de entrega de los resultados de laboratorio de Servicio de Urgencias, hospitalizados y UCI.				Conforme al seguimiento realizado al indicador durante la presente vigencia, se evidenció que se mantuvo dentro de la meta establecida (110 minutos), para el reporte de los resultados de laboratorios de urgencias, hospitalizados y UCI. Para el mes de diciembre el resultado fue de 97 minutos observando disminución en los tiempos comparado con el mismo periodo para el 2018, lo anterior debido a las diferentes acciones de mejora como fueron mantener la contratación de dos auxiliares para el traslado de muestras al laboratorio y actualización y optimización de procesos.				
3		Mejorar y fortalecer la infraestructura y la capacidad instalada en los servicios de Patología, Medicina Nuclear e Imágenes Diagnosticas en el 100% del cumplimiento de las tareas definidas en el Plan de Acción Institucional.	Porcentaje de cumplimiento dentro de los plazos definidos a las tareas definidas dentro del Plan de Acción.	Marzo a Junio 2019	Adecuar y dotar el servicio de patología (implementación biología molecular) generando diagnostico avanzados para el tratamiento asistencial.	10%	100%	100%	El 24 de mayo se realizó la entrega de la obra de adecuación de la sección de citogenética y biología molecular, implementando técnicas de citogenética (cariotipo y fish) mejorando la oportunidad en los resultados y optimizando el recurso debido a que año a año se vienen presentando incremento en la demanda de estos estudios los cuales eran remitidos a la red de apoyo externa. Continúa pendiente el Área de Citometría de flujo para lo cual se viene adelantando un proceso de selección abreviada.			100%	10%
				Marzo 2019	Modernizar servicio de terapias de yodo (medicina nuclear), con estándares de seguridad y bienestar para los pacientes.	10%			Un logro importante durante el primer semestre fue el de colocar en funcionamiento a partir del 01 de abril el equipo Gama cámara SPECT-CT optima 640, igualmente, se realizó la adecuación de la habitación de yodo terapia con el cumplimiento de la normatividad vigente y una atención de 2 pacientes por semana.				10%
				Enero a Abril 2019	Asegurar servicio integral en salud Implementando un sistema de información radiológico PACS / RIS para fortalecer la administración, seguridad, e integralidad de la información generada en el diagnostico por imagen.	10%			Durante el segundo semestre se continuaron con los ajustes para el correcto funcionamiento del sistema PACS/RIS, permitiendo el almacenamiento y distribución digital de las imágenes en cada uno de los monitores que están instalados en los diferentes áreas asistenciales del Hospital, para ser visualizadas de manera oportuna por el médico tratante, al igual que la instalación de las pantallas grado Médico y reconocimiento de voz facilitando el análisis e interpretación de las imágenes generadas en el equipo SPECT- CT y gamacamara.				10%

Nº	Obejtivos institucionales	Compromisos gerenciales	Indicador	Fecha inicio-fin dd/mm/aa	Actividades	Peso ponderado	Avance					Resultado	Descripción	
							% cumplimiento programado a 1er semestre	% cumplimiento de Indicador 1er Semestre	Observaciones del avance y oportunidad de mejora	% cumplimiento programado a 2 semestre	% cumplimiento de Indicador 2 Semestre			% cumplimiento año
			Indicadores y Eventos Adversos (Numero de caídas, flebitis, lesiones de piel reportados en un periodo de tiempo/ total de egresos del periodo x (100), meta definida, así: - Prevención de caídas <1% -Flebitis Meta <5% - lesiones de piel <3%.		Seguimiento al programa de seguridad del paciente en lo referente a los indicadores propuestos.	10%	50%	35%	En el Servicio de Enfermería se han fortalecido diferentes acciones orientadas a aumentar los componentes de seguridad del paciente y humanización de la atención, se identifican, valoran y crean planes de manejo, se brinda educación al familiar o cuidador sobre actividades para prevención, se hace medición y seguimiento estricto a los posibles incidentes asociados con el cuidado de enfermería tales como: Caídas, lesiones de piel, flebitis . Se insiste permanentemente en la cultura del reporte, se implementaron programas y estrategias como “CEPIEL”, “no más flebitis” y guía rápida para la prevención de caídas. Esto ha permitido obtener como resultado una disminución en el porcentaje de caídas durante el segundo semestre resultando para el mes de diciembre (0,53%) con relación a las que se obtuvieron durante la vigencia 2018, lesiones (1,58) y flebitis (5,18), logrando que el resultado de los indicadores se encuentre dentro de la meta.	50%	35%	70%	20%	
		Proporción de vigilancia	Reporte Alertas INIVIMA (Número de alertas publicadas / No. De alertas difundidas) (Meta 100%)	01-01-19 31-12-19	Constituir estrategias para promover la cultura del reporte y mantener el porcentaje de las alertas del INVIMA que aplican al Hospital, de las reacciones adversas y errores de medicación asociada a medicamentos, dentro de la meta definida.				Las acciones realizadas por el programa de Farmacovigilancia contribuye a mejorar cada día la seguridad del paciente y a su vez mantiene la colaboración y participación en pro del uso seguro de tecnologías de salud, logrando que el número de casos reportados frente al numero pacientes ambulatorios atendidos mes a mes generara un incremento en la tasa superando la meta (80%), para diciembre de 2019 el 100% .					Indicador publicado reportado diferente: informes gestión

N°	Obejtivos institucionales	Compromisos gerenciales	Indicador	Fecha inicio-fin dd/mm/aa	Actividades	Peso ponderado	Avance					Resultado	Descri	
							% cumplimiento programado a 1er semestre	% cumplimiento de Indicador 1er Semestre	Observaciones del avance y oportunidad de mejora	% cumplimiento programado a 2 semestre	% cumplimiento de Indicador 2 Semestre			% cumplimiento año
5	Ser un hospital mas humano	porcentaje de satisfacción de los usuarios con respecto a la atención asistencial prestada en los servicios de la Sub dirección.	Peticiones, Quejas y Reclamos (Porcentaje de PQRS)	01-ENE-19 31-DIC-19	Seguimiento al informe trimestral	20%	50%	40%	de atenciones en cada uno de los servicios de la Subdirección corresponde a un bajo porcentaje. Las peticiones relacionadas con la atención en las farmacias disminuyeron en un 28,57%. De acuerdo con la información de la Oficina de atención al usuario se concertaron acciones en coordinación con el grupo de humanización , conferencias y charlas a los usuarios, fortalecimiento de procesos de inducción y reinducción, firma de actas de compromiso al interior de los servicios identificando focos con mayores oportunidad de mejora, se obtuvo que el pocentaje de la población que se encuentra satisfecha con la atención medica prestada por el servicio de Consulta Externa se encuentre en un en 91%, Urgencias 94%, Imagenes Diagnosticas 95,67%, Laboratorio 95,33% y Banco de Sangre un 97,80%, cumpliendo con la MEGA institucional.	50%	50%	90%	18%	satisfa presentat la Dire Gener Hosp
Total						100%							98%	
	Concertación para el desempeño sobresaliente (5%adicional. Describir los compromisos gerenciales adicionales)	Disminuir la demanda insatisfeha en consulta externa en 50% con respecto al promedio del 2018, e intervenir sobre los diferentes factores que afectan la demanda insatisfecha	Promedio de Servicios con demanda insatisfecha mayor a 100 pacientes.	01-ENE-19 31-DIC-19	Seguimiento e Intervención en la gestión que se realice con el fin de disminuir la demanda insatisfecha .	5%			Se mantienen las agendas abiertas y el promedio de los servicios que presentaron demanda insatisfecha mayor a 100 pacientes en diciembre no existieron servicios con demanda insatisfecha cumpliendo con el objetivo, con relación a la vigencia 2018 que para diciembre fue de 11 servicios.				5%	

FECHA
VIGENCIA

mar-19
2019

Mayor General Clara Esperanza Galvis Diaz
Firma del Supervisor Jerarquico

CO. (RA) Guillermo Alfredo Vega Torres
Firma del Gerente Publico

ANEXO 2: VALORACION DE COMPETENCIAS

Criterios de valoracion

Es consistente en su comportamiento, da ejemplo e influye en otros, es un referente en su organización y trasciende su entorno de gestión.	5
Es consistente en su comportamiento y se destaca entre sus pares y en los entornos donde se desenvuelve. Puede afianzar.	4
Su comportamiento se evidencia de manera regular en los entornos en los que se desenvuelve. Puede mejorar.	3
No es consistente en su comportamiento, requiere de acompañamiento. Puede mejorar.	2
Su comportamiento no se manifiesta, requiere de retroalimentación directa y acompañamiento. Puede mejorar.	1

Competencias comunes y directivas	Conductas asociadas	valoracion de los servidores publicos [1-5]			Valoracion anterior	Valoracion actual	Comentarios para la retroalimentación
		Superior	Par	Subalterno			
		60%	20%	20%			
1	Conocimiento de las entidades y dependencias Sector Defensa	Coordina la competencia de las diferentes entidades y dependencias del Sector Defensa, para el logro de metas conjuntas	4	4	5	4,5	
		Ejecuta o propone actuaciones administrativas para la organización y el funcionamiento coordinado de las entidades y dependencias del Sector Defensa, que permiten el cumplimiento de la misión institucional.	4	4	5		
		Realiza la toma de decisiones bajo su responsabilidad, con fundamento en el conocimiento sobre el entorno organizacional.	5	5	5		
	Total Puntaje del valorador		2,6	0,9	1,0		
2	Comprensión del impacto estratégico del manejo de la información del Sector Defensa.	Conoce y comprende las teorías y enfoques de la ciencia política y la administración sobre la seguridad nacional.	4	4	5	4,1	
		Conoce y aplica el marco legal y administrativo propio de las entidades del sector defensa.	4	4	4		
	Total Puntaje Evaluador		2,4	0,8	0,9		
3	Conocimiento de las Políticas de Seguridad Nacional y Administración de Recursos para el Sector Defensa.	Conoce las teorías de administración y gerencia pública.	4,0	4,0	5,0	4,1	
		Conoce las normas de carácter administrativo y jurídico del Estado colombiano y del sector defensa.	4,0	4,0	4,0		
		Conoce y aplica las normas de administración financiera y contratación pública y en especial del Sector Defensa.	4,0	4,0	4,0		
	Total Puntaje Evaluador		2,4	0,8	0,9		
4	Reserva de la información	Protege de terceros no autorizados, la información del Sector Defensa que maneja.	5,0	5,0	5,0	4,9	
		Adopta las precauciones requeridas para evitar la divulgación no autorizada de la información del sector Defensa a su cargo, así como de aquella a la que por razones del servicio tenga acceso	5,0	4,0	5,0		
	Total Puntaje Evaluador		3,0	0,9	1,0		
5	Identidad con la organización jerárquica de la Fuerza Pública y con los valores institucionales del Sector Defensa	Reconoce en el ejercicio de sus funciones los niveles de mando militar y policial, respetado el conducto regular.	5	4	5	4,8	
		Demuestra sentido de pertenencia con el logro de los objetivos institucionales de la Fuerza Pública, orientados a salvaguardar la seguridad nacional, así como disponibilidad permanente para el ejercicio de sus funciones.	5	4	5		
		Responde en su actividad laboral y personal, manifestando entendimiento de la cultura organizacional del Sector, así como una interiorización de los valores asociados al compromiso con la Defensa y Seguridad Nacional.	5	4	5		
	Total Puntaje Evaluador		3,0	0,8	1,0		
TOTAL			13,4	4,2	4,8		

valoracion final

4,5

89%

FECHA	
VIGENCIA	

Dr. Guillermo Alfredo Vega Torres Subdirector de Servicios Ambulatorios, Apoyo Diagnóstico y Hospitalario	Mayor General Clara Esperanza Galvis Díaz Directora General Hospital Militar Central
Firma del Gerente Público	Firma Superior Jerárquico

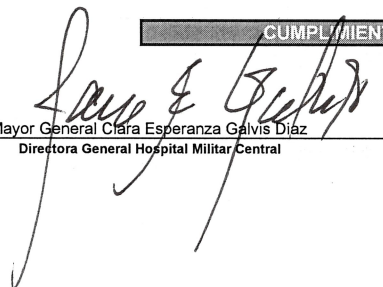
Anexo 3. Consolidado de evaluación del Acuerdo de Gestión

Nombre del Gerente Público: _____ Cr. Med. (RA) Guillermo Alfredo Vega Torres
Área en la que se desempeña: _____ SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO
Fecha: _____ 31/03/2020

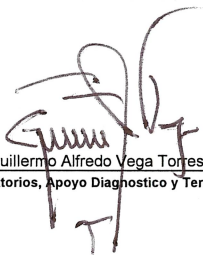
ANEXO 3: CONSOLIDADO DE EVALUACION DEL ACUERDO DE GESTION

CONCERTACIÓN, SEGUIMIENTO, RETROALIMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE	98%	78%
PONDERADO	80%	
VALORACION DE COMPETENCIAS	4,5	18%
PONDERADO	20%	
NOTA FINAL		96%
CONCERTACION	5%	0%

CUMPLIMIENTO FINAL	96%
--------------------	-----



Mayor General Clara Esperanza Galvis Díaz
Directora General Hospital Militar Central



Dr. Guillermo Alfredo Vega Torres
Subdirector de Servicios Ambulatorios, Apoyo Diagnostico y Terapéutico

FECHA: _____
VIGENCIA: _____