

# PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2016-2020

**E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL  
PILAR DE MEDINA**

**DIEGO ANTONIO RUBIO BOHÓRQUEZ  
GERENTE**

**14 DE DICIEMBRE DE 2016**

## PRESENTACIÓN

La presentación del plan de gestión gerencial obedece a lo establecido en la Ley 1438 de 2011, en sus artículos 72 y 74; la Resolución 710 de 2012 por la cual se adopta la metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión y su evaluación por parte de la Junta Directiva, y la Resolución 743 de 2013 que modifica la 710 de 2012.

El diagnóstico inicial para la elaboración del plan se realizó con la información provista por parte de los colaboradores institucionales, que a través de reuniones de trabajo junto a la Gerencia expusieron los documentos que sirven como instrumento para dar cumplimiento al Plan de Acción en Salud. En estas mesas se logró evidenciar la dificultad en el manejo de cierta información y la falta de continuidad en algunos procesos, debido al nombramiento en interinidad del anterior gerente, por lo cual no se había adelantado algunas mediciones tendientes al seguimiento y evaluación de los componentes de las Resoluciones 710 y su modificatoria en la 743.

## PLATAFORMA ESTRATÉGICA

### MISIÓN

Mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios, priorizando la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, prestando servicios de baja complejidad, con personal altamente calificado, con infraestructura moderna y tecnología de punta, con una política de crecimiento sostenido y reinversión constante, que permita atender a diferentes sectores de la población con un sentido social y proyección a la comunidad.

## VISIÓN

Ser el mejor hospital de baja complejidad en la prestación de servicios de salud, garantizando la atención integral al paciente, ser modelo de institución en salud, en calidad, gestión, organización y cobertura.

## OBJETIVOS CORPORATIVOS

- Ampliar la cobertura a nivel rural y urbano en programas de salud y prevención de enfermedades.
- Fortalecer la integralidad en la atención del paciente con enfermedades de baja complejidad.
- Desarrollar y mantener niveles de calidad y desempeño acordes a la normatividad relacionada.
- Rediseñar, fortalecer y mejorar los procesos institucionales con énfasis en los sistemas de información.
- Mejorar los canales de comunicación, información y participación de los interesados.
- Contribuir en la financiación de las obligaciones a cargo de la ESE Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina con la búsqueda en la generación de recursos propios y el reconocimiento de la rentabilidad social.
- Fortalecer el recurso humano de la institución a través de la capacitación y orientación continuada dirigida hacia el óptimo desempeño en escenarios futuros.

## NUESTROS VALORES FUNDAMENTALES

- Compromiso
- Trabajo
- Respeto
- Lealtad
- Responsabilidad
- Amor
- Liderazgo
- Profesionalismo
- Responsabilidad
- Sentido de pertenencia

## FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

### INDICADORES DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

Tabla 1. Indicadores por áreas de gestión

<b>Indicador No. 1</b>	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.		
<b>Fórmula</b>	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/promedio de la calificación de autoevaluación anterior		
<b>Situación actual</b>	El hospital no ha desarrollado herramientas, ni procedimientos que le permitan ofrecer servicios de calidad superior. Para este indicador tampoco se han realizado autoevaluaciones, y en este sentido la línea base corresponde a cero.		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>0,7</b>	
	<b>2017</b>	<b>0</b>	
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
>= 1.0	>= 1.20	>= 1.20	>= 1.20

Frente a este indicador la ESE tiene el reto de implementar las autoevaluaciones del sistema único de acreditación con el fin de promover el mejoramiento continuo y lograr la prestación de servicios de salud con estándares superiores de calidad.

#### Actividades propuestas:

- Conformar el equipo líder de los procesos de calidad.
- Realizar anualmente autoevaluación del sistema único de acreditación.

**Tabla 2. Indicadores por áreas de gestión**

<b>Indicador No. 2</b>	Efectividad de la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.		
<b>Fórmula</b>	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registradas en el PAMEC.		
<b>Situación actual</b>	La ESE realiza auditoría interna para verificar el cumplimiento mínimo de los estándares de habilitación. Durante los años 2014 y 2015 se diseñó el plan de mejoramiento continuo y la evaluación de cumplimiento arrojó un 78%. Para la vigencia 2016 se formuló un nuevo plan de mejoramiento, sin embargo, no tiene seguimiento ni evaluación.		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>0,70</b>	
	<b>2017</b>		
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
>= 0.90	>= 0.90	>= 0.90	>= 0.90

El compromiso está encaminado a definir los mecanismos que permitan realizar de manera permanente el seguimiento y evaluación de los planes de mejora, y su vez evaluar la efectividad a través de los resultados de los indicadores en cada grupo de estándares.

**Actividades propuestas:**

- Realizar la autoevaluación del sistema único de habilitación.
- Proponer planes de mejora que articulen los sistemas de habilitación y acreditación, hacer seguimiento y evaluación.

**Tabla 3. Indicadores por áreas de gestión**

<b>Indicador No. 3</b>	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional		
<b>Fórmula</b>	Número de metas del plan operativo anual cumplidas/número de metas del plan operativo anual programadas.		
<b>Situación actual</b>	Actualmente se está adelantando la ejecución del plan de acción en salud para el II semestre 2016, el cual fue formulado acorde a las directrices del nuevo plan de desarrollo y dando continuidad a las actividades misionales del hospital, a la fecha este plan no ha sido socializado por el personal asistencial de la ESE. Como línea base se tomó la ejecución del POA 2015, el cual tuvo un cumplimiento del 85%.		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>0,85</b>	
	<b>2017</b>		
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
>= 0.90	>= 0.90	>= 0.90	>= 0.90

Las actividades frente a este indicador están encaminadas a la formulación, seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo Institucional 2017-2020, como carta de navegación para dar cumplimiento a los objetivos corporativos y al mejoramiento de las condiciones de salud la población residente en los municipios de Medina y Paratebueno.

**Actividades propuestas:**

- Formular el plan de desarrollo institucional con el personal asistencial y administrativo de la ESE.
- Socializar el plan con los funcionarios de la ESE.
- Hacer seguimiento y evaluación mensual a través de un tablero de control.

## INDICADORES DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

**Tabla 4. Indicadores por áreas de gestión**

<b>Indicador No. 4</b>	Riesgo Fiscal y financiero		
<b>Fórmula</b>	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero.		
<b>Situación actual</b>	La institución actualmente se encuentra categorizada Sin riesgo financiero, Resoluciones No. 1893 de 2015 y 2184 de 2016, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esto se ha logrado por el apalancamiento financiero por parte del departamento		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>Sin riesgo</b>	
	<b>2017</b>	<b>Sin riesgo</b>	
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo

El compromiso de la actual gerencia es mantener la ESE sin riesgo durante la vigencia.

### Actividades propuestas:

- Aumentar la venta de servicios al régimen contributivo y mejorar la contratación con las EAPB.
- Seguimiento interno periódico a los indicadores y medidas del PSFF viabilizado.

**Tabla 5. Indicadores por áreas de gestión**

<b>Indicador No. 5</b>	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.		
<b>Fórmula</b>	$\frac{[(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación} / \text{número de UVR producidas en la vigencia}) / (\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación} / \text{número de UVR producidas en la vigencia anterior})]}{1}$		
<b>Situación actual</b>	Con base en la información de la ficha técnica de la página Web SIHO, la relación de ingresos frente al gasto del año anterior es de 0.93, lo que indica incumplimiento del estándar que fija <0.90 para este indicador. Esto significa incremento en los gastos. Para la vigencia 2015 frente al 2014.		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>0,93</b>	
	<b>2017</b>		
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<=0.90	<=0.90	<=0.90	<=0.90

El logro para este indicador está encaminado a reducir el gasto frente a la vigencia anterior.

### Actividades propuestas:

- Aumentar la venta de servicios.
- Reducir el gasto operacional.

**Tabla 6. Indicadores por áreas de gestión**

<b>Indicador No. 6</b>	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgicos adquiridos mediante los siguientes mecanismos: Compras conjuntas, compra a cooperativas de hospitales y/o compras a través de medios electrónicos.		
<b>Fórmula</b>	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico		
<b>Situación actual</b>	El hospital no utiliza ninguno de los mecanismos definidos para la adquisición de material médico quirúrgico. La ESE está asociado con Coodemcun y allí hizo algunas adquisiciones, sin embargo, esta cooperativa presenta escasez de insumos y esta situación obligó al hospital a buscar otros proveedores con mejores precios y que acepten políticas de devolución en caso de ser necesario. Tampoco se encontró la publicación en Secop de estas compras.		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>0</b>	
	<b>2017</b>		
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
>= 0,70	>= 0,70	>= 0,70	>= 0,70

El compromiso para la vigencia está asociado al cumplimiento del acuerdo marco de precios y la publicación de las compras en el portal de Colombia compra Eficiente.

### Actividades propuestas:

- Dar cumplimiento al acuerdo marco de precios.
- Publicar las compras en el portal de Colombia compra Eficiente.
- Realizar convenios de compras conjuntas con otras instituciones.

**Tabla 7. Indicadores por áreas de gestión**

<b>Indicador No. 7</b>	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta o por OPS y variación del monto frente a la vigencia anterior.		
<b>Fórmula</b>	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)]		
<b>Situación actual</b>	Para la vigencia 2015 y el transcurso de la vigencia 2016 el pago de los salarios se ha efectuado con oportunidad. Por lo anterior la línea base de la variación del monto de la deuda del año 2015 al 2016 es cero.		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>0</b>	
	<b>2017</b>		
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa

La propuesta para la vigencia es mantener en cero la variación del monto de la deuda por concepto de salarios.

### Actividades propuestas:

- Asegurar la correcta facturación, radicación y cobro de cartera con las EAPB, para asegurar los ingresos de la ESE que permitan un flujo de caja acto y así dar pago oportuno de salarios y honorarios.

**Tabla 8. Indicadores por áreas de gestión**

<b>Indicador No. 8</b>	Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS		
<b>Fórmula</b>	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia.		
<b>Situación actual</b>	En la actualidad no se presentan informes de RIPS a la Junta Directiva. Esta información se utiliza en el hospital como soporte para el cobro ante la entidad pagadora de los servicios de salud, informar sobre actividades de salud prestadas en las modalidades de contratación por paquete, cápita o servicios integrales, conocer las causas que generan la demanda de servicios de salud y conocer el estado de salud y enfermedad de la población usuaria, realizar la validación de cuentas de servicios de salud.		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>0</b>	
	<b>2017</b>		
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
4	4	4	4

**Actividades propuestas:**

- Realizar los reportes asistenciales al SIUS.
- Realizar análisis de los RIPS como instrumento para la toma de decisiones.
- Realizar la presentación trimestral ante los colaboradores y la Junta Directiva de la ESE.

**Tabla 9. Indicadores por áreas de gestión**

<b>Indicador No. 9</b>	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo		
<b>Fórmula</b>	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.		
<b>Situación actual</b>	Para la vigencia 2014 el ingreso total frente al gasto era de 1.21, lo cual refleja equilibrio y un buen comportamiento. Para la vigencia 2015, el indicador es 0.99, no refleja equilibrio.		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>0,99</b>	
	<b>2017</b>		
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
>= 1	>= 1	>= 1	>= 1

El compromiso está encaminado a recuperar y mantener el equilibrio presupuestal con el recaudo.

**Actividades propuestas:**

- Realizar oportunamente la facturación de servicios prestados.
- Gestionar la recuperación de cartera.
- Realizar monitoreo y control de los gastos.
- Realizar seguimiento y control de la ejecución presupuestal.

**Tabla 10. Indicadores por áreas de gestión**

<b>Indicador No. 10</b>	Oportunidad de la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única.		
<b>Fórmula</b>	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente		
<b>Situación actual</b>	El reporte de la Circular única se realizó dentro de los términos previstos.		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>Oportuno</b>	
	<b>2017</b>		
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.

El compromiso para la vigencia es realizar la presentación de informes de manera oportuna, en los tiempos establecidos por la normatividad.

**Actividades propuestas:**

- Designar al responsable de esta actividad.
- Recopilar la información de la vigencia para realizar el reporte.

**Tabla 11. Indicadores por áreas de gestión**

<b>Indicador No. 11</b>	Oportunidad de la entrega de reporte de información en cumplimiento del decreto 2193.		
<b>Fórmula</b>	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.		
<b>Situación actual</b>	El reporte del decreto 2193 se realizó dentro de los términos previstos.		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>Oportuno</b>	
	<b>2017</b>		
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.

El compromiso para la vigencia es realizar la presentación de informes de manera oportuna, en los tiempos establecidos por la normatividad.

**Actividades propuestas:**

- Designar al responsable de esta actividad
- Hacer uso de los sistemas de información disponibles para recopilar la información de la vigencia y realizar el reporte.

## INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA ASISTENCIAL

**Tabla 21. Indicadores por áreas de gestión**

<b>Indicador No. 21</b>	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.		
<b>Fórmula</b>	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación / Total de mujeres gestantes identificadas.		
<b>Situación actual</b>	La captura de las gestantes se realiza por el reporte del laboratorio clínico, localizando a la materna y gestionando la cita para iniciar el control prenatal. Actualmente este indicador solamente alcanza el 59% de las gestantes.		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>0,59</b>	
	<b>2017</b>		
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
>= 0,85	>= 0,85	>= 0,85	>= 0,85

La propuesta para dar cumplimiento a este indicador es aumentar la captura de las maternas antes de la semana 12, en articulación con la Alcaldía Municipal y las EPS.

### Actividades propuestas:

- Promover la búsqueda activa de maternas entre las gestoras de bienestar del modelo de Atención Primaria en Salud.
- Exigir a las EPS el cumplimiento de su obligación de gestión del riesgo, en la identificación de maternas.

**Tabla 22. Indicadores por áreas de gestión**

<b>Indicador No. 22</b>	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE		
<b>Fórmula</b>	Número de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.		
<b>Situación actual</b>	No hay casos de sífilis congénita en el hospital, este logro está asociado con la realización de la serología a las maternas en cada trimestre de embarazo.		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>0 casos</b>	
	<b>2017</b>		
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
0 casos	0 casos	0 casos	0 casos

El propósito para la vigencia es mantener el indicador de sífilis en cero casos.

**Actividades propuestas:**

- Promover la búsqueda activa de maternas entre las gestoras de bienestar del modelo de Atención Primaria en Salud.
- Exigir a las EPS el cumplimiento de su obligación de gestión del riesgo, en la identificación de maternas.

**Tabla 23. Indicadores por áreas de gestión**

<b>Indicador No. 23</b>	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva		
<b>Fórmula</b>	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE/total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.		
<b>Situación actual</b>	Se realiza auditoría de historia clínica mensual, en la cual se selecciona de manera aleatoria una historia por médico y se verifica el cumplimiento de la norma. La auditoría refleja aplicación de la guía en el 89% de los pacientes.		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>0.89</b>	
	<b>2017</b>		
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
>=0.90	>=0.90	>=0.90	>=0.90

El logro es aumentar el cumplimiento de la guía de manejo de enfermedad hipertensiva, a través de la apropiación de la misma por parte del personal asistencial.

**Actividades propuestas:**

- Socializar la guía de manejo de enfermedad hipertensiva entre el personal asistencial.
- Realizar auditorías de historias clínicas para verificar cumplimiento de la guía.

**Tabla 24. Indicadores por áreas de gestión**

<b>Indicador No. 24</b>	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo		
<b>Fórmula</b>	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo/ número de historias clínicas de niños menores de 10 años incluidos en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.		
<b>Situación actual</b>	Se realiza auditoría de historia clínica mensual, se selecciona de manera aleatoria una muestra y se confirma el cumplimiento de la guía en un 88%.		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>0.88</b>	
	<b>2017</b>		
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
>=80	>=80	>=80	>=80

**Actividades propuestas:**

- Socializar la guía de manejo de crecimiento y desarrollo entre el personal asistencial.
- Implementar la Atención Integral para las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
- Realizar auditorías de historias clínicas para verificar cumplimiento de la guía.

**Tabla 25. Indicadores por áreas de gestión**

Indicador No. 25	Reingresos por el Servicio de Urgencias		
<b>Fórmula</b>	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		
<b>Situación actual</b>	El reingreso por el servicio de urgencias está asociado con la identificación de signos de alarma por parte de los pacientes, sin embargo este indicador no se está analizando en ningún comité.		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>0.012</b>	
	<b>2017</b>		
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<=0,03	<=0,03	<=0,03	<=0,03

La propuesta para este indicador es realizar los comités que permitan identificar de manera real las causas de los reingresos y mantenerlo como lo sugiere el plan.

**Actividades propuestas:**

- Identificar la línea base de los reingresos al servicio de urgencias.
- Realizar análisis a los casos de reingreso por urgencias.
- Presentarlo en el comité.

**Tabla 26. Indicadores por áreas de gestión**

<b>Indicador No. 26</b>	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general		
<b>Fórmula</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita, por cualquier medio, 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.		
<b>Situación actual</b>	La asignación de citas se realiza de manera presencial y/o telefónica, y se asignan de acuerdo a la disponibilidad. La comunidad hace fila desde las 6 de la mañana para solicitar la cita y ser atendido, y también se atiende la consulta prioritaria a través del médico de urgencias, esta situación garantiza que la oportunidad de asignación no supere los 2 días. Disponen de un médico y medio para consulta externa y otro para el servicio de urgencias.		
<b>Línea base</b>	<b>2016</b>	<b>2 días</b>	
	<b>2017</b>		
<b>Meta anual del indicador</b>			
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<=3	<=3	<=3	<=3

El compromiso será mantener la oportunidad de consulta en 2 días y promover la asignación de citas telefónicas y otros mecanismos para evitar las filas.

**Actividades propuestas:**

- Mantener la propuesta del médico para atención prioritaria.
- Promover la asignación de citas telefónicas.

**Es de aclarar que las actividades específicas para dar cumplimiento a los indicadores propuestos serán definidas en el plan de acción de cada una de las vigencias, con el fin de garantizar el cumplimiento.**

**DIEGO ANTONIO RUBIO BOHÓRQUEZ**  
Gerente