



ACUERDO No.021

(DICIEMBRE 7 DE 2012)

Por medio del cual se aprueba el Plan de gestión y el Plan estratégico de desarrollo del Hospital Universitario San José de Popayán – Empresa Social del Estado, para el cuatrienio junio de 2012 a junio de 2016.

LA JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E. en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el numeral 5 del artículo 11 del Acuerdo No. 02 de 2004, expedido por el Concejo Municipal de Popayán,

CONSIDERANDO

Que las Empresas Sociales del Estado, son dentro de la organización del Estado, unas entidades públicas descentralizadas, por medio de la cual, tal como lo contempla el artículo 83 de la Ley 489 de 1998 y el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, se prestan los servicios de salud que corresponden constitucionalmente al Estado.

Que con el nuevo marco normativo dado en la resolución 710 de Marzo de 2012, "Por medio del cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión 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"

Que teniendo en cuenta la anterior resolución, fue desarrollada en sus 3 componentes de gestión: Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, y la gestión Clínica o Asistencial y se presentó el Plan de Gestión 2012-2015 el 23 de julio de 2012 a la honorable junta directiva en 2 sesiones de junta y fue aprobado por unanimidad de los miembros de la junta directiva en acta de junta número 013.

Que el Plan de Desarrollo de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN, es una obligación cuyo origen es la Constitución Política de 1991, tal como se describe en los artículos 71 y 339.

Que la ley orgánica No. 152 de 1994 conocida como la Ley del plan de desarrollo, la cual en su artículo 2°, define su ámbito de aplicación, estableciendo que comprende su aplicación no solo a la Nación, las entidades territoriales, sino a los organismos públicos de todo orden.

Que el Decreto 1876 de 1994, en el numeral 2 de su Artículo 11° consagra entre otras de las funciones de la Junta Directiva de la Empresas Sociales del Estado, la de: "Discutir y aprobar los Planes de Desarrollo de la empresa Social".

Que el artículo 72 de la ley 1438 de 2011 establece que "La junta directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el director o gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado".

Que la resolución 710 de 2012 emitida por el Ministerio de salud y protección social, en su anexo 2, establece como uno de los indicadores para la evaluación del plan de gestión, la calificación de la gestión del plan de desarrollo institucional.

En virtud de lo anterior,

ACUERDA

ARTICULO PRIMERO: Adoptar el Plan de Gestión del Gerente de la Empresa Social del estado Hospital Universitario San José de Popayán para el período 2012 –2016 "Rumbo a la acreditación" de acuerdo a la resolución 710 de 2012.

ARTICULO SEGUNDO: Adoptar el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del de la Empresa Social del estado Hospital Universitario San José de Popayán para el período 2012 –2016 "Rumbo a la acreditación", con su correspondiente Plan de Inversión para el mismo periodo.

ARTÍCULO TERCERO: Parte General y Estratégica del Plan de Desarrollo:

**HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**



**PROYECTO PLAN ESTRATEGICO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012-
2016**

“ RUMBO A LA ACREDITACION ”

**ANDRES ALBERTO NARVAEZ SANCHEZ
GERENTE**

AGOSTO DE 2012

INDICE

- 1. INTRODUCCION**
- 2. JUSTIFICACION**
- 3. REFERENTES DE PLANEACION**
- 4. DESCRIPCION METODOLOGICA**
- 5. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**
- 6. OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATEGICO: GENERAL Y ESPECIFICOS**
- 7. LINEAS GENERALES DE ACCION Y PROCESOS TRANSVERSALES**
- 8. VALORES Y PRINCIPIOS CORPORATIVOS**
- 9. ALCANCE**
- 10. POLITICAS GENERALES**
- 11. DESCRIPCION DE LA INSTITUCIÓN**
- 12. ANALISIS INTERNO Y EXTERNO**
- 13. ESQUEMA MATRICIAL DEL PLAN DE DESARROLLO**

1. INTRODUCCION.

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. es una IPS que presta servicios de salud enmarcados en la mediana y alta complejidad, se constituye en cabeza de red de los prestadores públicos de salud en el Departamento del Cauca, lo cual hace que sea uno de los más importantes patrimonios de la población Caucana.

A la fecha la E.S.E. se encuentra adelantando acciones del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de prestadores de servicios de salud, establecidas en el convenio interinstitucional, No. 200/05, firmado por el Ministerio de la Protección Social, la Gobernación del Cauca y la Alcaldía de Popayán.

De otro lado, la institución viene cumpliendo a cabalidad con lo establecido en el acuerdo de acreedores según la ley 550 de 1999, a la cual se acogió en el año 2002.

En el contexto nacional en que se desarrollan actualmente los prestadores de servicios de salud, el Hospital se enfrenta a una serie de retos y expectativas que se presentan en el sistema, por un lado, el cumplimiento de la normatividad existente y por otro, las dificultades que se generan actualmente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud específicamente la problemática financiera acumulada de tiempo atrás.

Para asumir los nuevos retos que se dan en el contexto actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la administración de la ESE basa su accionar en la planeación estratégica, diseñando y plasmando en un documento marco, los compromisos y acciones que deben adelantar los actores que intervienen en la Institución, buscando la interacción con los del nivel territorial y porque no decirlo, del nivel nacional, pues actualmente se ha entendido la importancia vinculante de todos ellos, alrededor del Hospital Universitario San José de Popayán.

La planeación está basada en un diagnóstico situacional definido con base a un análisis interno y externo de la organización, y se apoya en la trayectoria y recorrido de la entidad, en aspectos fundamentales como la la calidad, la productividad y el desarrollo, siempre en busca del cumplimiento de la misión y visión Institucional.

Partiendo de las anteriores consideraciones, el proceso se abordó desde la perspectiva de una Propuesta Metodológica de Construcción del Plan Estratégico de Desarrollo 2012-2016 del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., "*RUMBO A LA ACREDITACION*" el cual determinó el abordaje de tres grandes líneas de base; producción, calidad, servicio al paciente, y tres macro procesos trazadores: academia, investigación y evaluación de indicadores, los cuales se conjugan en programas, basados en proyectos que buscan garantizar el mayor grado de calidad en la prestación de los servicios y contempla una serie de estrategias que a mediano y largo plazo permitan el desarrollo organizacional,

articulando de una manera organizada el talento humano, los recursos materiales y financieros con que cuenta la Institución.

A través del plan se busca orientar los recursos humanos, técnicos y financieros, al servicio de un propósito compartido y un futuro deseado. El plan de desarrollo junto al plan de gestión aprobado por la Junta Directiva, se convierten en la carta de navegación entregada al equipo directivo y operativo, para que se lidere el proceso administrativo y asistencial, bases del modelo de atención de la E.S.E.

Cabe anotar que el Hospital hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por tanto no actúa aisladamente, y que para el logro de sus objetivos debe relacionarse con otras instituciones y actores los cuales deben cumplir sus propias funciones dentro del mismo. Los factores externos condicionan las posibilidades de su actuación, propiciando oportunidades pero también creando amenazas o situaciones difíciles que hay que superar para el logro de la misión y visión institucional, de tal manera que el plan de desarrollo aprobado no puede convertirse en camisa de fuerza, pues las situaciones del entorno hacen que en materia de prestación de servicios de salud, éste tipo de propuestas sean dinámicas, acomodándose a la realidad imperante del momento, como actualmente con la categorización de alto riesgo financiero dado por la resolución 2509/2012 que requiere la implementación de un Plan de ajuste fiscal y financiero que podría afectar la ejecución y el cumplimiento de metas de los proyectos de acuerdo al plan que se adopten.

2. JUSTIFICACION

La planeación es la etapa base del proceso administrativo y gerencial de las Empresas, fase que permite de manera anticipada proyectar las acciones a desarrollar, con miras a cumplir las metas institucionales.

La organización debe consolidar un sistema de planeación que integre: El Plan de Desarrollo Institucional, el Plan de Gestión, Los Planes anuales de acción y los planes Operativos de las diferentes áreas y servicios, que irán de la mano con los Indicadores de Gestión y el Presupuesto Anual de Inversión, instrumentos que contribuirán al uso eficiente de los recursos públicos encaminados al fortalecimiento del que hacer institucional.

La resolución No.710 de 2012, adopta 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, el cual debe contener las metas de gestión y los resultados relacionados con la producción y mejoramiento de la calidad y deberá corresponder a los planes estratégicos, funcionales, operativos y de DESARROLLO DE LA EMPRESA, abarcando el periodo para el cual fue elegido el Gerente.

Plasmar dichas acciones en un documento marco como es el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional, permite direccionar a la empresa hacia los lineamientos definidos en su misión y visión, al igual que facilita el control en el accionar de la institución en el corto y mediano plazo.

El Plan Estratégico de Desarrollo del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E es un instrumento que sirve para canalizar el entusiasmo, esfuerzos y aspiraciones compartidas por todos los miembros de una institución, a través de él, se orientan los recursos humanos, técnicos y financieros, al servicio de un propósito compartido y un futuro deseado, el cual busca mejorar continuamente la prestación de los servicios en el marco de la calidad, manteniendo siempre la esencia empresarial, sin desconocer en ningún momento su naturaleza pública, y por ende el servicio social.

De otro lado, el plan analiza el contexto y las situaciones que la organización debe enfrentar y abordar, para ser efectivos en sus propósitos. Es una carta de navegación entregada al Gerente y su equipo para que lideren todo el proceso en él diseñado.

3. REFERENTES DE PLANEACION

➤ **PLAN NACIONAL DE DESARROLLO: 2010-2014**

La ley 1450 del 16 de junio de 2011 expidió el Plan Nacional De Desarrollo, 2010-2014 **“PROSPERIDAD PARA TODOS”**

- Plan Plurianual Nacional de universalización y unificación en salud.
- Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de empresas sociales del estado-ese.
- Pagos a IPS.
- Programa Nacional de Hospital Seguro

➤ **PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL: 2012-2015**
“CAUCA TODAS LA OPORTUNIDADES”

- Programa determinantes sociales de salud.
- Programa redes interculturales de salud.
- Programa gestión de información en salud
- Programa acreditación, rectoría y gestión por resultados

➤ **PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL: 2012-2015**
“FUENTES DE PROGRESO CON SEGURIDAD”

- Programa Vigilancia De La Prestación De Servicios De Salud Del Régimen Subsidiado.
- Programa de salud pública.
- Política pública de salud mental.
- Programa gestión integral del espacio publico
- Programas conocimiento y reducción del riesgo.
- Programa manejo de desastres.
- Programa Plan estratégico de optimización administrativa

4. DESCRIPCION METODOLOGICA

La formulación del plan estratégico de desarrollo institucional 2012-2016 para el Hospital Universitario San José ESE **"RUMBO A LA ACREDITACION"**, está construido con base en una metodología de tipo participativo e interactivo, la cual considera en su aplicación, como punto importante, la intervención del personal que labora en sus diferentes dependencias, representados a través de los líderes de los procesos institucionales.

La aplicación de la metodología conto con la participación de miembros de la Junta Directiva y representación de los usuarios de la Institución en cabeza del delegado ante la Junta Directiva.

La metodología tiene como base la formulación de un análisis del contexto institucional a la fecha de realización del plan, el cual se consolida en una matriz que describe las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas que tiene la institución, tanto en su entorno interno y como en el entorno externo.

Dentro del análisis del entorno, se identificaron los principales cambios o tendencias de la competencia, los aspectos políticos, económicos, normativos, sectoriales, laborales y sociales, de igual manera las relaciones con los usuarios, el paciente interno, y los proveedores.

El análisis interno y externo es realizado por los líderes de procesos agrupados en mesas de trabajo según afinidad de los mismos, quienes con base a una técnica de priorización, seleccionan los principales criterios a tener en cuenta en la formulación del plan, una vez priorizados los criterios se establecen los posibles proyectos y se describen las actividades que permitirán mejorar la debilidades, aprovechar las oportunidades, potencializar las fortalezas y hacer frente a las amenazas.

Definidos los proyectos, se determinan las metas a cumplir en las vigencias del cuatrienio 2012-2016 y se establecen los indicadores para efectuar el seguimiento al cumplimiento del plan, como pilar importante en la evaluación de la gestión Gerencial.

5. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

MISION

Aportar al mejoramiento de la salud en la comunidad del Departamento del Cauca, mediante la prestación de servicios especializados medico quirúrgicos, de cuidado crítico, apoyo diagnóstico, complementación terapéutica y rehabilitación, con garantía de calidad, atención humanizada y apoyo a procesos de docencia e investigación, generando sostenibilidad institucional con responsabilidad social

VISION

Alcanzar en el 2015 solidez como una institución acreditada en la prestación de servicios de salud especializados, que garanticen sostenibilidad, crecimiento y contribuyan en la generación de conocimiento y en el mejoramiento de la salud de la comunidad en el Departamento del Cauca.

6. OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATEGICO DE DESARROLLO

GENERAL

Establecer políticas, estrategias y proyectos, que permitan asegurar la prestación del servicio de salud con el mayor nivel de calidad, basado en el sostenimiento, desarrollo y rentabilidad institucional.

ESPECIFICOS

1. Definir acciones que permitan prestar servicios de salud con el mayor nivel de calidad.
2. Lograr equilibrio y sostenibilidad financiera.
3. Recuperar la imagen Institucional en el mercado.
4. Mejorar el clima organizacional y fomentar el trabajo en equipo, la participación y el desarrollo integral de las personas.
5. Elaborar proyectos que permitan acceder a los recursos financieros encaminados al desarrollo institucional.
6. Desarrollar gestión con responsabilidad social.
7. Consolidar la ESE como un Hospital Universitario.
8. Alcanzar la acreditación en salud.

7. LINEAS GENERALES DE ACCION Y PROCESOS TRANSVERSALES

➤ CALIDAD

- Atención humanizada
- Aseguramiento de los estándares de habilitación
- Desarrollo y sostenibilidad del modelo de auditoria para el mejoramiento de la calidad.
- Seguridad del paciente.
- Desarrollo y sostenibilidad de los estándares de acreditación en salud.
- Actualización de tecnología
- Mejoramiento de los procesos institucionales
- Desarrollo de los sistemas de información
- Optimización de la estructura organizacional

➤ PRODUCCION

- Equilibrio financiero
- Seguimiento a los ingresos y gastos
- Racionalización del gasto
- Fortalecimiento de los ingresos
- Pago de la deuda – ley 550
- Apoyo logístico
- Mercadeo
- Ampliación de mercados
- Ampliación de servicios
- Desarrollo de servicios

➤ SERVICIO AL PACIENTE:

- Desarrollo de las competencias del talento humano.
- Bienestar social del talento humano
- Evaluación del desempeño
- Información al usuario
- Respeto a los deberes y derechos del usuario
- Participación activa de los actores del SGSSS.
- Satisfacción del paciente

PROCESOS TRANSVERSALES

✓ ACADEMIA

- Participación activa en los procesos docente asistenciales
- Fortalecer vínculos con los entes Universitarios.
- Compromiso con la formación idónea de los futuros profesionales.

✓ INVESTIGACION

- Fomento a la investigación
- Enfoque a problemas prioritarios
- Apoyo a la generación de conocimiento
- Asistencia y soporte logístico
- Desarrollo científico y tecnológico
- Beneficio y reconocimiento institucional

✓ SEGUIMIENTO A INDICADORES

- Seguimiento y análisis crítico de la información
- Estandarización de tableros de mando
- Predecir o anticipar el comportamiento de los procesos institucionales.
- Toma de decisiones

8. VALORES Y PRINCIPIOS CORPORATIVOS

Honestidad:

Cualidad humana por la que la persona se determina a elegir actuar siempre con base en la verdad y en la auténtica justicia (dando a cada quien lo que le corresponde, incluida ella misma) asumir que la verdad es sólo una y que no depende de personas o consensos sino de lo que el mundo real nos presenta como innegable e imprescindible de reconocer.

Respeto:

Valor que faculta al ser humano para el reconocimiento, aceptación, aprecio y valoración de las cualidades de los demás y sus derechos, ya sea por su conocimiento, experiencia, valor como personas o capacidades diferentes, es el reconocimiento del valor propio y los derechos de los individuos y de la sociedad. Éstos deben ser reconocidos como el foco central para lograr que las personas se comprometan con un propósito más elevado en la vida.

Sin embargo, el respeto no es sólo hacia las leyes o la actuación de las personas. También tiene que ver con la autoridad como sucede con las líneas de autoridad

Responsabilidad:

Cumplimiento en las obligaciones con excelencia o cuidado al hacer o decidir algo.

Solidaridad:

La cualidad de continuar unido con otros en creencias, acciones y apoyo mutuo, aun en tiempos difíciles

Lealtad:

Fidelidad, sinceridad Cumplimiento del deber con honor. Veracidad, legalidad.

Etica:

Constituida por valores morales que permiten a la persona adoptar decisiones y determinar un comportamiento apropiado, esos valores deben estar basados en lo que es correcto, lo cual puede ir más allá de lo que es legal.

Equidad

Connotación de justicia e igualdad social con responsabilidad y valoración de la individualidad, llegando a un equilibrio entre las dos cosas, la equidad es lo justo en plenitud

Confidencialidad

Es la propiedad de un documento o mensaje que únicamente está autorizado para ser leído o entendido por algunas personas o entidades

9. ALCANCE

A. CALIDAD:

Desde la certificación del cumplimiento de los estándares de habilitación de cada uno de los servicios ofertados hasta la obtención de la certificación en acreditación en salud, basados en desarrollo de los componentes establecidos en el S.O.G.C.

B. PRODUCCION:

Desde la planificación de los ingresos y los gastos hasta la obtención del punto de equilibrio financiero como meta mínima del ejercicio.

C. SERVICIO AL PACIENTE

Desde la identificación de las necesidades del paciente, hasta la intervención estratégica de la mismas, en procura de su satisfacción, según las competencias de la institución.

10.POLITICAS GENERALES

1. Modelo gerencial participativo, argumentativo, financiero enfocado al usuario y al logro del direccionamiento estratégico.
2. Desarrollo institucional basado en planes y proyectos.
3. Calidad en el servicio.
4. Auditoria integral a los procesos.
5. Atención centrada en el usuario.
6. Fortalecimiento del talento humano.
7. Hospital amigable con el medio ambiente.
8. Información real, pertinente y oportuna.
9. Operación auto sostenible.
- 10.Gestión de cobro para sanear cartera.
- 11.Fortalecimiento a la docencia e investigación

POLITICA	DESCRIPCION
Modelo gerencial participativo, argumentativo, financiero enfocado al usuario y al logro del direccionamiento estratégico.	Compromiso institucional con la Gestión por procesos con interacción del talento humano de todos los niveles jerárquicos de la ESE
Desarrollo institucional basado en planes y proyectos	Compromiso gerencial con el análisis y toma de decisiones basados en la identificación y priorización de necesidades y en la formulación proyectos viables y factibles de alcanzar.
Calidad en el servicio	Compromiso institucional con la prestación de servicios basados en la filosofía del mejoramiento continuo y gestión centrada en el paciente, cumpliendo con los estándares de calidad definidos en la norma apuntando a la seguridad, calidez y oportunidad en la atención.
Auditoria integral a los procesos	Compromiso institucional con el autocontrol personal, la auditoría interna y externa de procesos, la gestión del riesgo y el seguimiento a los planes de mejora.
Atención centrada en el usuario	Compromiso institucional con el usuario prestando atención en condiciones de calidez, respeto de la dignidad humana, buscando satisfacer sus necesidades en salud.
Fortalecimiento del talento humano	Compromiso institucional con el bienestar y desarrollo integral del paciente interno, identificando sus necesidades y fortalezas, brindando capacitación, motivación e incentivos, logrando mayor productividad, sentido de pertenencia y un excelente servicio a la comunidad
Hospital amigable con el medio ambiente	Compromiso institucional con la ejecución del plan general integral de residuos hospitalarios y el desarrollo de actividades tendientes a la conservación del medio ambiente.
Información y comunicación real, pertinente y oportuna	Compromiso institucional con el mejoramiento permanente de los procesos de información y comunicación, en búsqueda de la consistencia y confiabilidad de la misma.
Operación auto sostenible	Compromiso con una gestión integral de los recursos financieros, gestión de los costos hospitalarios, la maximización de las ganancias, en pro del equilibrio financiero y la rentabilidad económica y social de la entidad.
Gestión de cobro para sanear cartera.	Compromiso institucional con el mejoramiento permanente de los procedimientos para el saneamiento de las cuentas por cobrar
Fortalecimiento a la docencia e investigación	Compromiso institucional con la academia, para la formación de talento humano, mediante la relación docencia servicio y el apalancamiento de la investigación

11.DESCRIPCION DE LA INSTITUCION

El Hospital Universitario San José de Popayán es una Empresa Social del Estado, creada como un establecimiento público del orden municipal que presta servicios de salud a usuarios del Departamento del Cauca y área de influencia, en forma integral y oportuna.

La Institución viene adelantando acciones para alcanzar la acreditación en salud, en el marco de una institución sostenible y con responsabilidad social.

El Hospital se encuentra localizado en la carrera 6 No 10N- 142 de la ciudad del Popayán, departamento del Cauca, es una Institución de alta complejidad que presta servicio del tercer nivel de atención y complementarios del segundo nivel.

CARACTERIZACION DEL MUNICIPIO DE POPAYÁN



El territorio del Municipio de Popayán, creado en 1537, se encuentra localizado en el departamento del Cauca, tiene una extensión territorial de 512 km². suroccidente de Colombia, entre los 2° 27' de latitud Norte y 76° 37' de longitud Oeste, formando parte del altiplano de Popayán, también conocido como Meseta o Formación Popayán y el flanco occidental de la Cordillera Central. Abarca alturas comprendidas entre los 1400 y 3700 msnm.

Popayán limita al norte con los municipio de Cajibío y Totoró, al este con Totoró y Puracé, al sur con Puracé y Sotará, y al oeste con Timbío y El Tambo.

El municipio de Popayán es eminentemente urbano. Un 90% de la población ocupa ésta area, y el 10% restante ocupa el área rural. El municipio s encuentra dividido en 9 comunas y 23 corregimientos.

POBLACIÓN BENEFICIADA

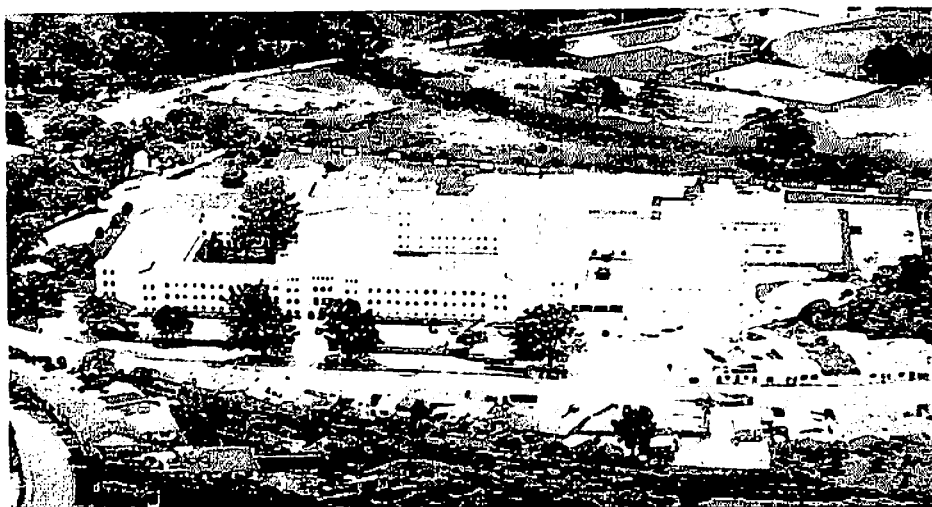
El Departamento del Cauca cuenta con una población aproximada de 1,318,983 habitantes, según proyección DANE.

Descripción de la Población		Nro. de Personas
Edad	0 a 14 años	407,113
	15 a 19 años	135,439
	20 a 59 años	644,531
	Mayor de 60 años	131,900
	Total Población por Edad	1,318,983
Género	Masculino	668,260
	Femenino	650,723
	Total Población por Género	1,318,983

Fuente: DANE Proyecciones Nacionales y departamentales de población 2005-2020

El hospital oferta servicios de salud de la medina y alta complejidad con el fin de beneficiar a la población del Departamento del Cauca, demandante de servicios.

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. es la única Institución que oferta y presta los servicios del tercer nivel de complejidad en la red pública del Departamento del Cauca. Tiene cerca de 300 años de historia como casa de salud de los caucanos y representa una gran opción de atención para una comunidad pluricultural y plurietnica, ubicada en una geografía montañosa de difícil acceso y poco desarrollo vial, con un marcado índice de necesidades básicas insatisfechas. La necesidad del Hospital para su comunidad no se pone en duda.



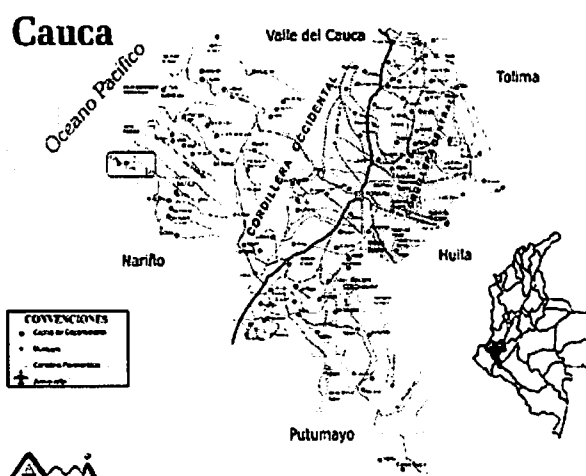
PORTAFOLIO DE SERVICIOS

 HOSPITAL SAN JOSÉ	
PORTAFOLIO DE SERVICIOS	
CONSULTA EXTERNA - CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	
ANESTESIA	DERMATOLOGIA
CARDIOLOGIA	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA	OTORRINOLARINGOLOGIA
CIRUGIA GENERAL	UROLOGIA
CIRUGIA NEUROLOGICA	GASTROENTEROLOGIA
CIRUGIA PEDIATRICA	GINECOBSTETRICIA
CIRUGIA DE MAMA	ALTO RIESGO OBSTETRICO
CIRUGIA PLASTICA	INFECTOLOGIA
FISIATRIA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
MAXILOFACIAL	PEDIATRIA
MEDICINA INTERNA	PROCTOLOGIA
NEFROLOGIA	NEUROSICOLOGIA
NEUROLOGIA	PSIQUIATRIA
NEUROPEDIATRIA	SEGUIMIENTO AL RECIEN NACIDO DE ALTO RIESGO
NEUMOLOGIA PEDIATRICA	
OFTALMOLOGIA	
URGENCIAS	
ADULTOS	PEDIATRICAS
TOXICOLOGIA	GINECOBSTETRICIA
TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO
LABORATORIO	
CLINICO GENERAL	ANATOMIA PATOLOGICA
BANCO DE SANGRE	
HEMODERIVADOS	TRANSFUSION SANGUINEA
IMAGENOLOGIA	
RADIOLOGIA CONVENCIONAL	ECOGRAFIA
ESTUDIOS RADIOLOGICOS ESPECIALES	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA
MAMOGRAFIA	
ENDOSCOPIAS	
DIGESTIVA ALTA Y BAJA	TERAPEUTICA: C.E.P.E.R
CISTOSCOPIA	COLONOSCOPIA
SOPORTE NUTRICIONAL	
NUTRICION ENTERAL	NUTRICION PARENTERAL
FONOAUDIOLOGIA	
FONOAUDIOLOGIA	FONIATRIA
TERAPIA FISICA Y REHABILITACIÓN	
FISIOTERAPIA	TERAPIA RESPIRATORIA
ELECTROCARDIOGRAMA	ECOCARDIOGRAFIA
HOLTER	
ONCOLOGIA	
QUIMIOTERAPIA	
INTERNACION	
ADULTOS	SALUD MENTAL
GINECOBSTETRICAS	PEDIATRIA
INTERNACION ESPECIALIZADA	

UCI ADULTOS- UCI PEDIATRICA	CUIDADOS INTERMEDIOS
NEONATOLOGIA	QUEMADOS

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E es centro de referencia de la red pública de prestadores de servicios de salud en el Departamento del Cauca, recibe pacientes remitidos de los municipios de las zonas norte, centro, oriente y en menor volumen de la zona costera. La referencia hacia el cuarto nivel de complejidad se realiza hacia instituciones en Cali.



MORBILIDAD HOSPITALARIA

MORBILIDAD INTERNACION

Enero a Junio 2012

ORDEN	CODIGO	DIAGNOSTICO	Nº CASOS
1	O829	PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACION	191
2	Z392	SEGUIMIENTO POSTPARTO, DE RUTINA	186
3	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	119
4	O16X	HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA	102
5	O809	PARTO UNICO ESPONTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION	101
6	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	89
7	N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	77
8	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	69
9	Z489	CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA, NO ESPECIFICADO	68
10	O470	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION	64

			4765
--	--	--	------

MORBILIDAD URGENCIAS

Enero a Junio 2012

ORDE N	CODIGO	DIAGNOSTICO	Nº CASOS
1	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	170
2	S068	OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	165
3	G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	89
4	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	87
5	I633	INFARTO CEREBRAL DEBIDO A TROMBOSIS DE ARTERIAS CEREBRALES	82
6	N209	CALCULO URINARIO, NO ESPECIFICADO	81
7	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	77
8	E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	74
9	T159	CUERPO EXTRAÑO EN PARTE EXTERNA DEL OJO, SITIO NO ESPECIFICADO	73
10	S099	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	68
			4465

MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA

Enero a Junio 2012

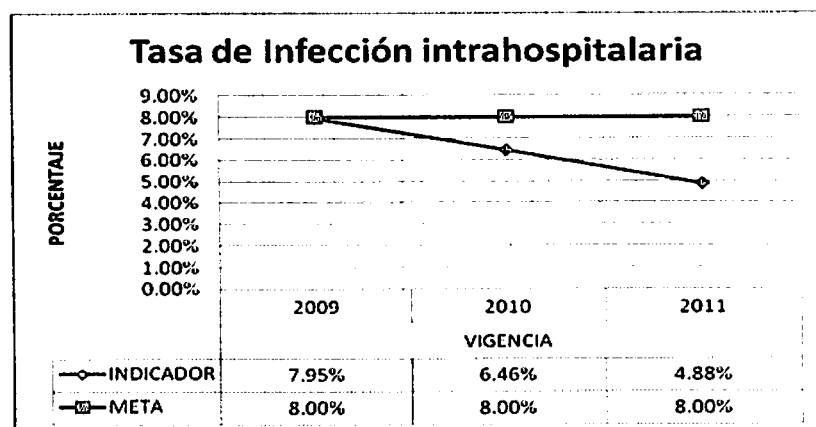
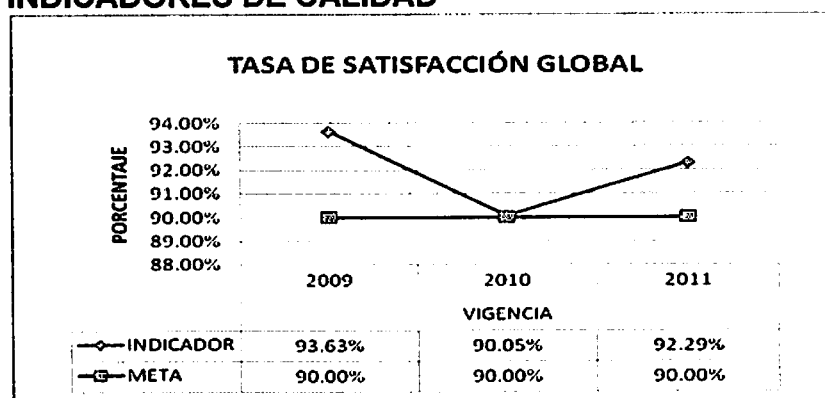
ORDEN	CODIGO	DIAGNOSTICO	Nº CASOS
1	Z514	ATENCION PREPARATORIA PARA TRATAMIENTO SUBSECUENTE, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	1365
2	H110	PTERIGION	667
3	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	489
4	O369	ATENCION MATERNA POR OTROS PROBLEMAS FETALES NO ESPECIFICADOS	381
5	N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	356
6	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	255
7	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	250
8	J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	230
9	G402	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES)	204
10	C169	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	191
			18444

CAPACIDAD INSTALADA

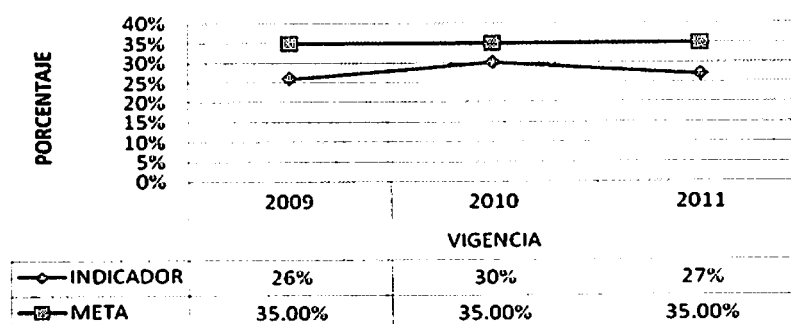
ELEMENTOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE
Nº de Camas Hospitalización	206
Nº de Camas de Observación	55
Nº de Consultorios de Urgencias	5
Nº de Consultorios Medicos Especializados.	25
Nº de Mesas de Partos	2
Nº de Quirófanos	5
Ambulancia medicalizada	1

Informe SIHO a 31 dic de 2011

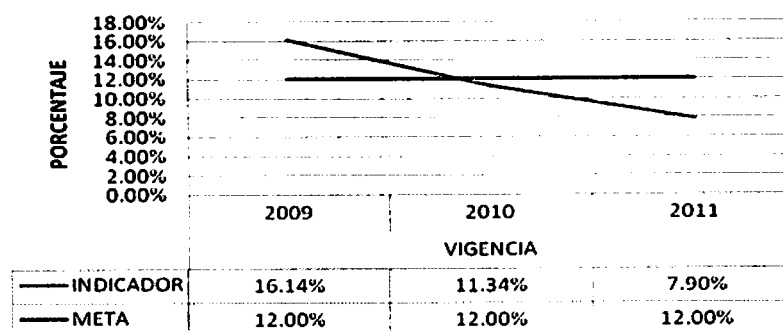
PRINCIPALES INDICADORES DE CALIDAD



TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUÉS DE 48 HORAS



PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA



12. ANALISIS INTERNO Y EXTERNO

LINEA BASE	FACTOR/COMPONENTE	CRITERIO	ANALISIS INTERNO		ANALISIS EXTERNO	
			FORTALEZA	DEBILIDAD	OPORTUNI DAD	AMENAZA
CALIDAD	INFRAESTRUCTURA FISICA-ARQUITECTONICA	Cuenta con un bien inmueble donde se ubica el edificio de la institución y dos bienes inmuebles como parte de su patrimonio.	✓			
		Estructura portante del edificio reforzada estructuralmente recientemente	✓			
		Area física hospitalaria adecuada, suficiente, habilitada y por sectores subutilizada, para la prestación de servicios de hospitalización	✓		□	
		Area física administrativa remodelada y adecuada para el desarrollo de procesos logísticos	✓			
		Ubicación estratégica del edificio en la ciudad	✓			
		Se cuenta con infraestructura propia para la prestación del servicio de unidosis	✓			
		Se cuenta con un hogar de paso para los padres de los pacientes de pediatría y neonatos	✓	□		
		Renovación de la red para la ampliación del software dinámica gerencial e implantación de la historia clínica digital	✓	□		
		Quirófanos subutilizados (se cuenta con 8 quirófanos de los cuales solo 5 están siendo utilizados para procedimientos quirúrgicos)	□	✓		
		Incumplimiento de estándares de Infraestructura – Instalaciones Físicas en algunas áreas del Hospital	□	✓		
		Dificultades para el tránsito externo peatonal y el acceso vehicular al interior del parqueadero (proliferación de mototaxismo y ventas ambulantes, insuficiencia de las zonas de parqueo)	□	✓		
		Inadecuada ubicación de tanque para el almacenamiento de agua elevado	□	✓		□
		No se cuenta con tanques de abastecimiento de agua para casos de emergencia que garanticen 72 horas mínimo de suministro de agua		✓		□
		Posibilidad de contaminación del agua almacenada en tanque subterráneo		✓		□
		Ubicación inadecuada de calderas y tanque de combustible. No cuentan con separaciones seguras		✓		□

	Ubicación inadecuada y deficiente anclaje del tanque para almacenamiento de oxígeno en área del parqueadero		✓		☐
	Inadecuada fijación de equipos de aire acondicionado		✓		☐
	Riesgo de inundación del área de archivo de historias clínicas		✓		☐
	Deficiencias de seguridad en ventanas de algunos sectores (son abatientes, los vidrios no cuentan con película de seguridad)		✓		☐
	Deficiencias de seguridad en la cubierta (techos) de lagunas áreas del edificio		✓		☐
	Deficiencias de seguridad y mantenimiento en la cubierta de urgencias		✓		☐
	No existe un estudio del estado de fijación del cielo raso		✓		☐
	No se cuenta con un estudio del estado del alcantarillado de la institución		✓		☐
	Las áreas de consulta externa y urgencias no tienen un diseño y distribución de áreas de manera funcional		✓		☐
	Insuficiente infraestructura del área de urgencias para la atención de pacientes en casos de alta demanda		✓		☐
	Red deficiente en internet		✓		☐
	El laboratorio clínico no cuenta con área adecuada para toma de muestras		✓		☐
	El área de fisioterapia no cuenta con otro mecanismo de acceso diferente al ascensor, para los pacientes discapacitados o que deben llegar en camillas.		✓		☐
	El banco de sangre no cuenta con una área específica para la ubicación de las neveras y equipos generadores de ruido constante		✓		☐
	Las áreas de quirófanos y central de esterilización, no cuentan con un sistema de aire acondicionado.		✓		☐
	Falta de funcionalidad del área física de psiquiatría		✓		☐
	No se cuenta con una vía adecuada para acceder al área del almacenamiento central de residuos hospitalarios		✓		☐
	Deficiencias en la seguridad de los tableros control de electricidad		✓		☐
	Pendiente fortalecer el sistema de señalización		✓		☐
	Deficiencias en las áreas de espera externa del Hospital, para los acompañantes de los pacientes hospitalizados.		✓		☐
	Deficiencias en la segregación	☐	✓		☐

		No existe un programa para la adecuación de los jardines internos de la institución		✓		☐
		Las habitaciones para hospitalización no cuentan con agua caliente		✓		☐
CALIDAD	EQUIPAMENTO	No se cuenta con una planta de aguas residuales, el hospital contamina el ambiente		✓		☐
		Ubicación de bomba de gasolina y gas cerca a la entrada de la Institución	☐	☐		✓
		Amenaza de inundación por el río Molino, en época de ola invernal	☐			✓
		Disponibilidad en el mercado de nuevas tecnologías que permiten el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud			✓	
		No cuenta con oferta suficiente de TAM		✓		
		Existen espacios físicos de quirófanos sin dotación (monitoria e insumos)		✓		
		Obsolescencia en el instrumental quirúrgico		✓		
		Obsolescencia de las camas hospitalarias		✓		
		No se cuenta con renovación tecnológica en equipos de radiología convencional (equipo de rayos X portátil, equipo de rayos X) ni de equipo de Tomografía Axial Computarizada multicorte, fluoroscopia		✓		
		La unidad de oncología no cuenta con simulador		✓		
		No se cuenta con RMN		✓		
		No se cuenta con un laboratorio de metrología, para la calibración oportuna y permanente de equipos biomédicos.		✓		
		No se cuenta con dotación de computadores para la implementación de historia clínica digital		✓		
		Falta de cumplimiento en la aplicación del Plan de Mantenimiento Preventivo de Equipos.		✓		
		El banco de sangre no cuenta con centrifuga especial para separación de células		✓		
		No se cuenta con una herramienta de codificación e identificación sistemática para control de inventarios		✓		
		La unidad cardiológica no cuenta con equipos de alta demanda (prueba de esfuerzo, holter, eco cardiógrafo)		✓		
		Insuficiencia de camillas para la atención de urgencias en casos de alta demanda		✓		
		No se cuenta con procesos para la digitalización de imágenes diagnósticas		✓		
		Baja Inversión en recurso tecnológico		✓		☐

		No se cuenta con equipo control del circuito cerrado de TV, ni se tienen equipadas de televisión algunas habitaciones de hospitalización		✓		
		No existe un sistema de alarma frente a desastres	□	✓		□
		Falta dotar de equipos a diferentes servicios para cumplir con los requerimientos de habilitación, además de contar con tecnología actualizada		✓		✓
		No se cuenta con equipos para angiografía periférica ni coronaria		✓		✓
CALIDAD	PROCESOS	Hospital Universitario	✓	□	✓	
		Se cuenta con la caracterización del 100% de los procesos identificados y con la estandarización del 90% de los procedimientos establecidos	✓	□		
		Se cuenta con los protocolos y guías medicas documentadas	✓	□		
		No se cuenta con normas internas frente al uso de prendas al interior de la institución, que permitan establecer diferencia entre el personal trabajador y las demás personas que circulan al interior de la IPS	✓	□		
		Existe exigencia normativa de acreditarse en salud al año 2016	✓	□		
		La Institución cuenta con un sistema de gestión de la calidad en busca del mejoramiento continuo	✓	□		
		Deficiencias de cobertura en el control de los procesos		✓		
		Dificultades para la asignación y atención en consulta de medicina especializada		✓		
		Deficiencias en la logística para la aplicación del proceso comunicacional de la institución		✓		
		Dificultades en la ejecución del proceso de adquisición de medicamentos		✓		
		Falta difusión del proceso de acreditación y existe desconocimiento de los grupos de estándares que conforman el SUA		✓		
		Deficiencias en el proceso de selección de personal de acuerdo a su experiencia laboral e idoneidad.		✓		
		Deficiencias en el proceso de vigilancia y control de ingreso en las diferentes áreas de acceso a la institución	□	✓		□
		Dificultades en la articulación con la Universidad para el control del número de estudiantes por área asistencial	□	✓		□
		No se cuenta con procedimientos establecidos permanentemente para la orientación al acompañante del paciente		✓		

		Sistema de información integrado en implementación		✓		
		En desarrollo la implementación modulo historia clínica sistematizada		✓		□
		Deficiencias en el proceso para la orientación del usuario y su acompañante en las áreas de atención.		✓		□
		No se cuenta con un ente externo que almacene las copias comunicaciones necesario para el desarrollo de actividades de seguridad de los sistemas de información.		✓		□
		Falta de oportunidad administrativa en el proceso de compra de bienes y servicios	□	✓	□	□
		Deficiencias en la aplicación de la planeación y control en cada uno de los procesos y dependencias	□	✓	□	□
		Falta de control en el registro de insumos y medicamentos suministrados al paciente	□	✓	□	□
		Falta optimizar la comunicación interna y externa	□	✓	□	□
		Ajuste de procedimientos y formatos institucionales una vez actualizado el software DGH	□	✓	□	□
		Falta optimizar el procedimiento de inducción y reinducción de personal	□	✓	□	□
		Falla el componente de planeación en algunos procesos institucionales	□	✓	□	□
		No se cuenta con un procedimiento ni grupo profesional de funcionarios para brindar atención personalizada al usuario en su llegada a hospitalización y en casos de duelo o necesidad	□	✓	□	□
		Falta de oportunidad en la implementación de las TRD	□	✓	□	□
		Falta certificación en habilitación de los servicios declarados por la ESE		✓		✓
		El proceso de contratación presenta dificultades en cuando a la falta de oportunidad en la generación de contratos		✓		✓
		Deficiencias en el proceso de control de acceso institucional		✓	□	□
		Falta de consistencia en la información estadística		✓		✓
		Falta de ofrecimiento de servicios vía web.		✓		✓
		Baja rotación de la cama hospitalaria		✓		✓
CALIDAD	INSUMOS	Se cuenta con los insumos necesarios para la prestación de servicios	✓	□		
		El suministro de insumos y medicamentos en ocasiones carece de oportunidad		✓		

		En algunos insumos no hay estandarización para la adquisición y depende del criterio de los especialistas		✓		
CALIDAD	PROVEEDORES	El hospital es oportuno en el pago de sus acreencias	✓			
		Se cuenta con buena imagen institucional ante proveedores	✓	□		
CALIDAD	RECURSOS HUMANOS	Por convenio docencia servicio se cuenta con médicos internos y médicos residentes	□	□	✓	
		Se cuenta con recurso humano capacitado que conforma la brigada de emergencia	✓	□	□	
		Se cuenta con talento humano medico y paramédico especializado calificado.	✓	□		□
		Se cuenta con talento humano calificado en las áreas de apoyo logístico	✓	□		□
		Se cuenta con personal profesional calificado para el desempeño de procesos de apoyo logístico y asistencial	✓	□		
		Se cuenta con un proceso de capacitación continua dirigida exclusivamente al personal de planta	✓	✓		
		El 80% de los trabajadores esta vinculado por modalidad de contrato	□	✓		□
		Alta deserción del personal técnico, debido a las bajas remuneraciones y a la inestabilidad del sector	□	✓		
		Deficiente cultura organizacional que dificulta el logro de los objetivos y metas trazadas, para algunas áreas de la institución	□	✓		□
		Falta de oferta de mano de obra calificada en determinadas especialidades medicas en la ciudad	□	✓		
		No se cuenta con un organigrama funcional actualizado	□	✓		
		Deficiente clima laboral	□	✓		
		Clima Organizacional deficiente	□	✓		
		Insuficiente recurso humano en algunas áreas para el cumplimiento de objetivos	□	✓		
		Falta un programa de incentivos dirigido al personal contratista	□	✓		
		Ausencia de programas de seguimiento a los índices de desempeño del personal contratista y en provisionalidad	□	✓		
		Falta continuidad del talento humano en procesos prioritarios (acreditación)	□	✓		
		No existe una medición del Impacto de la capacitación según plan capacitación	□	✓		
		Usuarios internos y externos sin sentido de pertenencia que no cuidan los recursos del Hospital	□	✓		✓
CALIDAD	CONTROL	A la fecha el Hospital tiene fenecida la cuenta con la Contraloría Municipal	✓	□		
		Se tiene un convenio de desempeño firmado con el Ministerio de salud	✓	✓		

		Existe plan de mejoramiento establecido por la Contraloría municipal de Popayán	☐	✓		
		Falta cultura del autocontrol	☐	✓		
		Riesgo de inseguridad del entorno por ingreso a la institución de personas que buscan ejecutar delitos	☐	✓		✓
		Falta desarrollar una cultura de seguimiento a indicadores de gestión	☐	✓		☐
		Falta desarrollar una cultura de seguimiento permanente al POD	☐	✓		☐
		Falta desarrollo de una cultura de austeridad en el gasto	☐	✓		☐
		Falta introyectar la cultura de gestión del riesgo	☐	✓		☐
		No se cuenta con una cultura de análisis permanente de la información institucional	☐	✓		☐
		Falta desarrollo de la oficina de control interno	☐	✓		☐
		No se cuenta con un procedimiento establecido para que directamente la gerencia realice un seguimiento a la seguridad del paciente.	☐	✓		☐
CALIDAD	NORMATIVIDAD	Tendencia política de ajuste a la normatividad que rige actualmente el SGSSS	☐	☐	✓	✓
		Unificación del POS	☐	☐	✓	✓
		La aplicabilidad de exigencias de la ley 1438/2011 determina destinación de recursos financieros al cumplimiento de algunas tareas (historia clínica digital dic 2013, acreditación a diciembre de 2015)	☐	☐	☐	✓
		El efecto económico de la aplicación de la ley 100 genera riesgo de la supervivencia económica de la ESE	☐	☐		✓
CALIDAD	APOYO LOGISTICO	Falta de continuidad en el contrato de fotocopias afectando procesos administrativos	☐	✓		☐
		No existe convenio para el manejo de parqueaderos	☐	✓		☐
		Deficiencias en el sistema de archivo	☐	✓		☐
		Deficiencias en la construcción de la información estadística	☐	✓		☐
		Dificultades en la ejecución del contrato de mantenimiento hospitalario	☐	✓		☐
PRODUCCION	MERCADO E IMAGEN INSTITUCIONAL	Se cuenta con convenios con EPSs para la venta de servicios de salud ofertados por la IPS	✓	☐	✓	☐
		Alta demanda de los servicios de UCI	✓	☐	✓	☐
		Se cuenta con buena imagen en el Ministerio de Salud y Protección Social	✓	☐	☐	☐
		Falta de un responsable del proceso de mercadeo institucional		✓		☐

		Falta difusión de servicios poco demandados en la institución (urgencias pediatría, fisiatría y fisioterapia)		✓		☐
		Falta de socialización oportuna de la contratación con todos los funcionarios del hospital		✓		☐
		Faltan Estudios de Mercado, promoción de los servicios, procesos de Mercadeo Interno		✓		☐
		No se cuenta con un portafolio de servicios actualizado		✓		☐
		No existe un plan de mercadeo documentado, formalizado y operante		✓		✓
		El hospital carece de oferta de algunos servicios propios de la alta complejidad, requeridos por la población la cual debe desplazarse a otras ciudades		✓		✓
		Inseguridad en la zona de influencia del Hospital		☐		✓
PRODUCCION	FINANCIERO	Ampliación de la contratación por venta de servicios dirigido al sector contributivo		☐	✓	☐
		Devaluación del dólar		☐	✓	☐
		Tratado de libre comercio		☐	✓	☐
		Incremento del gasto en la prestación de servicios, mayormente a expensas del recurso humano calificado.		✓		
		Cumplimiento de las obligaciones establecidas según acuerdo de pasivos ley 550		✓		
		Falta desarrollo en el sistema de costos institucional		✓		☐
		Existe convenio para la reestructuración de pasivos		✓		☐
		Presupuesto de ingresos condicionado por las dinámicas del mercado con los pagadores tornándose deficitario para la ejecución de actividades programadas		✓		☐
		Riesgo de iliquidez por la baja recuperación de la cartera.		✓		✓
		Insuficiente presupuesto que no permite cumplir con los objetivos propuestos		✓		✓
		No se cuenta con apoyo económico por parte del ente territorial municipal		✓		✓
		No existe recurso financiero destinado específicamente a cumplir con el proyecto obligatorio para alcanzar la acreditación en salud		✓		✓
		No existe recurso financiero destinado a la inversión en recurso tecnológico		✓		✓
		Voluntad del gobierno nacional para el suministro de recursos financieros directamente a las IPS		☐		✓
		Cambios en el flujo de recursos por ampliación de cobertura al régimen subsidiado		☐		✓

		Liquidación de EPS usuarias de los servicios de la institución		☐		☒
PRODUCCION	COMPETENCIA	Alta demanda de servicios con incremento paulatino en la producción	☒	☐		☐
		Desarrollo y crecimiento de las IPS de II y III nivel de complejidad de la ciudad	☐	☐		☒
		Proyectos de construcción de IPS de III nivel en la ciudad de Popayán	☐	☐		☒
PRODUCCION	OFERTA DE LOS SERVICIOS	Se cuenta con unidad de educación	☒	☐		☐
		Tiempo de espera prolongado en asignación de citas, repercute en la percepción de la calidad de atención por los usuarios internos y externos	☐	☒		
		Se cuenta con servicio de radioterapia único en la ciudad de Popayán	☐	☒	☐	
		La Institución presta servicios exclusivos en: infusión pediátrica y radioterapia	☐	☒	☐	
		No se cuenta con oferta de un servicio complementario a la atención hospitalaria, como hospitalización en casa, el cual permita mejorar el giro cama institucional	☐	☒	☐	
		No se cuenta con un programa de apoyo al consumo de LM en recién nacidos	☐	☒	☐	
		No se cuenta con oferta de especialidades en hematología, infectología, reumatología y endocrinología	☐	☒		
SERVICIO AL PACIENTE	USUARIOS	Acogida y buena imagen institucional dentro de la población	☒	☐		
		Población demandante de servicios generalmente de bajos recursos económicos	☐	☐	☒	
		Ampliación del POS y mejoramiento de la cobertura en salud	☐	☐	☒	
		No existe una identificación plena de la población usuaria de los servicios ofertados por la institución	☐	☒		
		Se cuenta con estudios de satisfacción, quejas y reclamos de los usuarios	☐	☒		
		Desconocimiento de la ciudadanía de los derechos y deberes que tienen como demandantes de los servicios de salud	☐	☒		☒
		Desconocimiento de los Servicios que oferta el Hospital	☐	☐		☒
		Falta operatividad de la liga de usuarios del Hospital	☐	☐	☐	☒
		Incremento de la actitud exigente del demandante, para una mejor atención	☐		☐	☒
SERVICIO AL PACIENTE	RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	No existe un desarrollo del programa de telemedicina a nivel departamental	☒		☒	☐
		Deficiencias en la operación del CRUE departamental				☒
		Deficiencias del proceso de referencia y contra referencia en la red de prestadores de servicios de salud del Departamento del Cauca			☐	☒

CONTINUACION ACUERDO No. 021 del 17 de diciembre de 2012, por el cual se fija el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., para la vigencia del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2016.

		La ciudad no cuenta con hospitales de primer nivel para la demanda de la población				✓
ACADEMIA INVESTIGACION	INTERSECTORIALIDAD	Existe articulación interinstitucional con entes territoriales e IPS	✓	☐		☐
		Se cuenta con convenios docencia servicio con varias universidades	✓	☐		☐
		Riesgo de fallos en contra por demandas instauradas ante fallas en la prestación de servicios	☐	✓		☐
		Posibilidad de realizar alianzas estratégicas	☐	✓		✓
		Existen recursos de regalías destinados a financiar proyectos de investigación	☐	☐		✓

**13. ESQUEMA MATRICIAL DEL PLAN DE DESARROLLO
PLAN ESTRATEGICO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012-2016**

NOMBRE PROYECTO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	META POR VIGENCIA				INDICADOR	FORMULA
			2012	2013	2014	2015		
ATENCION HUMANIZADA	Incluir en programa de inducción y reinducción temas de humanización.	Gerencia Médico Especialista Asesor de Gerencia	Listado de temas a incluir en programa anual de inducción y reinducción				LISTADO ANUAL	LISTADO ANUAL
	Iniciar programa piloto en un servicio de la institución		Ejecución del programa piloto					
	Ejecución del programa en los diferentes servicios del hospital			30% de los servicios con ejecución del programa	60% de los servicios con ejecución del programa	90% de los servicios con ejecución del programa		
	Organizar el comité de humanización de la ESE			Acto Administrativo de creación del Comité de Humanización y sus funciones			DOCUMENTO FIRMADO	DOCUMENTO FIRMADO
	Elaborar programa anual de humanización			Programa anual de humanización aprobado por Gerencia	Programa anual de humanización aprobado por Gerencia	Programa anual de humanización aprobado por Gerencia	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES	No. ACTIVIDADES DESARROLLADAS * 100 / No. ACTIVIDADES PROGRAMADAS
	Asignar presupuesto para el desarrollo de actividades de humanización		Presupuesto asignado	Presupuesto asignado	Presupuesto asignado	Presupuesto asignado		
	Evaluar impacto del programa anualmente			Documento de evaluación	Documento de evaluación	Documento de evaluación		

le diciembre de 2012, por el cual se fija el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., para la vigencia del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2016.

CERTIFICACIÓN EN HABILITACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE SUS ESTÁNDARES	Formular y ejecutar actividades como plan de choque, para revertir los hallazgos encontrados por la SDSC en la visita realizada a los servicios de: Ginecobstetricia, partos, neonatos, cuidado intensivo adultos, consulta médica ginecológica	Jefe de planeación Coordinador del sistema obligatorio de garantía de la calidad	Formulación del plan de choque				PORCENTAJE DE EJECUCION DEL PLAN DE CIERRE DE BRECHA: AÑO 2012: 100% AÑO 2013: 60% AÑO 2014: 40%	No. DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DEL PLAN DE CIERRE DE BRECHA/ No. DE ACTIVIDADES DEFINIDAS EN EL PLAN DE CIERRE DE BRECHA
	Seguimiento a la ejecución del plan de choque	Jefe de planeación Gerencia	Documentos que evidencian el cumplimiento de actividades					
	Actualización de la autoevaluación de estándares de habilitación para definir brecha	Jefe de planeación Coordinador de habilitación	Informe de autoevaluación de estándares					
	Cuantificación de la brecha identificada	Jefe de Compras	Relación documentada de valores de la brecha de habilitación					
	Asignar recursos financieros necesarios para el cierre de brecha de habilitación	Gerente Subgerente administrativo y financiero	Presupuesto asignado					

	Formular y socializar cronograma para el cierre de la brecha identificada	Jefe de planeación Coordinador del sistema obligatorio de garantía de la calidad	Cronograma aprobado por gerencia y socializado a los responsables					
	Ejecución del cronograma definido para cierre de la brecha	Gestores de UEN Coordinadores dependencias Coordinador de habilitación	Actas de verificación a las acciones realizadas	Actas de verificación a las acciones realizadas	Actas de verificación a las acciones realizadas			
	Solicitud de visita para Certificación	Gerente	Informe de evaluación	Informe de evaluación	Informe de evaluación			
	Certificación de Habilidad	Coordinador de Habilidad	Informe de certificación de habitación a los servicios visitados por la SDSC	Informe de certificación de habitación a los servicios visitados por la SDSC	Informe de certificación de habitación a todos los servicios		PORCENTAJE DE SERVICIOS CERTIFICADOS EN HABILITACIÓN AÑO 2013: 60% AÑO 2014: 40%	No. DE SERVICIOS CERTIFICADOS EN HABILITACIÓN / No. DE SERVICIOS VISITADOS POR LA SDSC
GESTIÓN DEL CONTROL Y DEL AUTOCONTROL	Desarrollo y Sostenimiento de los 29 elementos del MECI	Jefe oficina de control interno	Informe trimestral de ejecución de actividades	Informe trimestral de ejecución de actividades	Informe trimestral de ejecución de actividades	Informe trimestral de ejecución de actividades	PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DE LOS ELEMENTOS DEL MECI AÑO 2012: ≥ 90% AÑO 2013: ≥ 95% AÑO 2014: ≥ 95% AÑO 2015: 100%	No. DE ELEMENTOS DE MECI IMPLEMENTADOS/ TOTAL DE ELEMENTO DEL MECI
	Ejecución del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad	Jefe sistema obligatorio de garantía de la calidad	Informe trimestral de ejecución de actividades	Informe trimestral de ejecución de actividades	Informe trimestral de ejecución de actividades	Informe trimestral de ejecución de actividades	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS AÑO 2012: ≥90% AÑO 2013: ≥90% AÑO 2014: ≥95% AÑO 2015: ≥95%	No. DE ACTIVIDADES REALIZADAS DE ACUERDO AL PAMEC/ No. DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA EL PAMEC

INTEGRALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACION	Integración de todas las áreas de la institución a DGH	Subgerencia administrativa Coordinador de sistemas		Total de los servicios con integración a la red.			PORCENTAJE DE REPORTES OBTENIDOS DE LOS MODULOS DE DGH: AÑO 2013: 80% AÑO 2014: 20%	No. DE REPORTES OBTENIDOS DE LOS MODULOS DE DGH /No. DE REPORTES DEFINIDOS A OBTENER DE LOS MODULOS DE DGH
	Parametrización de los módulos de DGH	Coordinador de sistemas, jefes de dependencia	Informe de parametrización por cada modulo instalado	Informe de parametrización por cada modulo instalado				
	Conciliación de información entre los módulos de DGH	Jefes de dependencia	Reportes de cada dependencia	Reportes de cada dependencia				
	Estandarización de los reportes de cada dependencia según DGH	Jefes de dependencia Coordinador de sistemas Jefe de planeación	Reportes de cada dependencia según DGH, conforme a los módulos instalados	Reportes de cada dependencia según DGH, conforme a la os módulos instalados				
	Definición de tableros de mando por dependencia	Jefe oficina de planeación		Tableros de mando en cada dependencia			PORCENTAJE DE IMPLEMENTACION DE TABLEROS DE MANDO: AÑO 2013: 80% AÑO 2014: 20%	No. DE TABLEROS DE MANDO IMPLEMENTADOS/ No. DE TABLEROS DE MANDO A IMPLEMENTAR
	Realizar un estudio para determinar la necesidad de contar con una empresa que conserve y custodia la información del Hospital	Coordinador de sistemas Información estadística		Proyecto documentado				
	Seguimiento a indicadores según tableros de mando por dependencia	Jefe oficina de planeación Jefe de dependencia		Reporte del análisis mensual de indicadores por dependencia				
ACREDITACION INSTITUCIONAL	Asignar lider y/o grupo coordinador del SUA	Gerente	Acto administrativo de designación de líder				CALIFICACION PROMEDIO DE ESTANDARES: AÑO 2012: ≥ 1.2 AÑO 2013: $\geq 2,4$	Σ CALIFICACION DE ESTANDARES/ TOTAL ESTANDARES

le diciembre de 2012, por el cual se fija el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., para la vigencia del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2016.

	Redefinición de los grupos de acreditación según de estándares		Acto administrativo de conformación de grupos de acreditación				AÑO 2014: ≥ 2,7 AÑO 2015: ≥ 2,9	
	Socialización de los nuevos estándares según resolución 123/2012	Líder del Proceso para acreditación	Dos reuniones de socialización 100% de los líderes de acreditación capacitados					
	Evaluación externa	Contratista asesor	Un ejercicio de evaluación del total de los estándares Documento de evaluación externa recibido					
	Formulación de los planes de mejoramiento	Líder de cada grupo de estándares	Un plan de mejoramiento según cada grupo de estándares					
	Implementar rondas de seguridad	Líder del Proceso para acreditación	Acto administrativo de implementación de las rondas de seguridad					
	Establecer el costo del proyecto	Subgerente administrativo	Listado valorizado de necesidades					
	Establecer la asignación presupuestal del proyecto		Rubro presupuestal definido para el proyecto					

e diciembre de 2012, por el cual se fija el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., para la vigencia del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2016.

	Ejecución y seguimiento a los planes de mejoramiento	Líder del Proceso para acreditación		100% de ejecución del cronograma de seguimiento a los planes de mejoramiento				
	Preparación de la documentación para ingresar al segundo ciclo de acreditación	Contratista asesor y Líder del Proceso para acreditación			Documento consolidado			
	Solicitud de visita de Acreditación	Gerente			Documentación consolidada	Certificación en acreditación		
MEJORAMIENTO DEL INDICE DE SEGURIDAD HOSPITALARIA	Revisión del informe de evaluación del índice de seguridad hospitalaria	Gerente Comité técnico de planeación	Plan de mejoramiento al índice de seguridad hospitalaria				PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DEFINIDAS EN EL PLAN PARA EL MEJORAMIENTO DEL INDICE DE SEGURIDAD HOSPITALARIA. AÑO 2013: 30% AÑO 2014: 50% AÑO 2015: 20%	No. DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DEL PLAN / No. DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS
	Revisión y ajuste del plan de mejoramiento al índice de seguridad hospitalaria establecido para el HUSJ	Gerente Comité técnico de planeación						
	Asignación de recursos para la ejecución de actividades definidas en el plan, priorizadas	Gerente		Certificado de disponibilidad presupuestal				
	Ejecución y seguimiento a las actividades definidas en el plan, priorizadas	Jefe planeación		Informes de seguimiento trimestral	Informes de seguimiento trimestral	Informes de seguimiento trimestral		
	Evaluación y obtención del nuevo índice de seguridad hospitalaria	Grupo evaluador		Informe índice de seguridad hospitalaria	Informe índice de seguridad hospitalaria	Informe índice de seguridad hospitalaria	INDICE DE SEGURIDAD HOSPITALARIA AÑO: 2013 60% AÑO 2014: 70% AÑO 2015: 75%	INDICE DE SEGURIDAD HOSPITALARIA

1 de diciembre de 2012, por el cual se fija el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., para la vigencia del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2016.

GESTION AMBIENTAL	Desarrollo del PGIRH	Coordinador de salud ocupacional	Informe semestral de ejecución de actividades	Informe semestral de ejecución de actividades	Informe semestral de ejecución de actividades	Informe semestral de ejecución de actividades	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS: ANO 2012: ≥80% ANO 2013: ≥90% ANO 2014: ≥95% ANO 2015: ≥95%	No. DE ACTIVIDADES REALIZADAS DE ACUERDO AL PGIRH/ No. DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA EL PGIRH
	Desarrollo del programa "5 S"	Jefe de planeación	Informe semestral de ejecución de actividades	Informe semestral de ejecución de actividades	Informe semestral de ejecución de actividades	Informe semestral de ejecución de actividades	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS: ANO 2012: ≥70% ANO 2013: ≥80% ANO 2014: ≥90% ANO 2015: ≥95%	No. DE ACTIVIDADES REALIZADAS DE ACUERDO AL PROGRAMA 5 S/ No. DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA EL PROGRAMA 5 S
	Desarrollo del programa Hospital Verde	Coordinador salud ocupacional	Informe semestral de ejecución de actividades	Informe semestral de ejecución de actividades	Informe semestral de ejecución de actividades	Informe semestral de ejecución de actividades	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS	No. DE ACTIVIDADES REALIZADAS DE ACUERDO AL PAMEC/ No. DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA EL PAMEC
DESARROLLO DE INVESTIGACION INSTITUCIONAL	Organizar el Banco de Proyectos dentro del Comité de Investigación.	Gerencia Coordinador Comité de Investigación		Definición de criterios para la presentación de proyectos	Presentación de proyectos a entes externos	Presentación de proyectos a entes externos	PROYECTO ELABORADO	PROYECTO PRESENTADO
	Priorizar la ejecución de los proyectos			Elaboración de matriz y priorización de proyectos				
	Gestionar subsidios para desarrollar proyectos priorizados			Presentación de proyectos a entes externos				
ESPERA DIGNA	Elaborar un estudio del estado de las áreas de espera del hospital	Jefe planeación		Estudio documentado			PORCENTAJE DE AREAS DE ESPERA ACONDICIONADAS ANO 2013: ≥80% ANO 2014: ≥90% ANO 2015: ≥95%	No. DE AREAS DE ESPERA ACONDICIONADAS EN LA VIGENCIA / No. DE AREAS DE ESPERA A ACONDICIONAR
	Elaborar un proyecto para la adecuación de las áreas de espera	Jefe de planeación		Proyecto documentado				

le diciembre de 2012, por el cual se fija el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., para la vigencia del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2016.

	Asignación de recursos para el financiamiento del proyecto	Gerencia		Asignación presupuestal				
	Invitación y proceso de contratación	Jefe Oficina Jurídica		Pliegos formalizados	Ejecución de actividades	Ejecución de actividades		
	Ejecución y seguimiento a las actividades definidas en el proyecto	Interventor Jefe oficina de planeación			Acta de interventoría trimestral	Acta de interventoría trimestral		
ADECUACION DEL AREA FISICA DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA	Ajuste del proyecto	Subgerente Científica Oficina de planeación ,	Proyecto documentado				PORCENTAJE DE EJECUCION DEL PROYECTO: AÑO 2013: 100%	No. DE ACTIVIDADES REALIZADAS / No. DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS
	Asignación presupuestal de recursos	Subgerencia administrativa y financiera	Apropiación presupuestal					
	Gestión de recursos adicionales para obras.	Gerente	Gestiones realizadas					
	Gestión de recursos adicionales para dotación.	Gerente	Proyecto documentado y presentado ante los posibles entes financiadores					
	Licitación y recepción de oferentes.	Oficina jurídica		Pliegos elaborados y publicados				
	Ejecución de las obras	Contratista		Informe de interventoría				
ESTUDIO DE REDES DE ACUEDUCTO Y	Estudio previo	Jefe de mantenimiento	Presentación del documento				PORCENTAJE DE EJECUCION DEL	No. DE ACTIVIDADES REALIZADAS / No. DE

e diciembre de 2012, por el cual se fija el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., para la vigencia del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2016.

ALCANTARILLADO DEL HUSJ	Determinación de fuentes de financiación	Gerente	Presentar proyecto en Junta Directiva y solicitar apoyo al SR. Alcalde a través del acueducto de Popayán				PROYECTO: AÑO 2013: 20% AÑO 2014: 80%	ACTIVIDADES PROGRAMADAS
	Formulación del proyecto	Jefe de mantenimiento Jefe de planeación		Proyecto documentado				
	Proceso de asignación y ejecución del contrato	Gerente, contratista e interventor		Formulación de pliegos y asignación del contrato				
	Ejecución y seguimiento del contrato	Contratista e interventor		Actas de interventoría trimestrales	Actas de interventoría trimestrales			
RENOVACION Y DOTACION DE EQUIPOS PARA LA ATENCION EN SALUD	Diagnostico de las necesidades y requerimientos de equipos y tecnología para la atención en salud priorizados según requerimientos de habilitación	Jefe de Mantenimiento Ingeniero biomédico Subgerente científico	Informe ajustado				PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL AÑO 2013: 40% AÑO 2014: 40% AÑO 2015: 20%	TOTAL DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL EJECUTADA / TOTAL DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL
	Establecer una política que defina un porcentaje de los ingresos como reserva para la inversión en tecnología	Gerencia	Acuerdo de Junta Directiva					

le diciembre de 2012, por el cual se fija el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., para la vigencia del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2016.

	Formulación de planes de adquisición, mantenimiento y renovación de equipos para la atención en salud.	Jefe de Mantenimiento Ingeniero biomédico Jefe de planeación Coordinador de calidad		Plan documentado				
	Definición de especificaciones técnicas de los equipos a adquirir.	Coordinador de servicio Ingeniero biomédico		Informe de especificaciones técnicas de equipos				
	Establecer el costo del proyecto.	Subgerente administrativo		Asignación presupuestal				
	Establecer la asignación presupuestal del proyecto.	Subgerente administrativo						
	Ejecución y seguimiento a los planes de mantenimiento, adquisición y renovación de equipos.	Jefe de Mantenimiento Ingeniero biomédico Jefe de planeación Coordinador de calidad		Informes trimestrales de ejecución de planes de mantenimiento	Informes trimestrales de ejecución de planes de mantenimiento	Informes trimestrales de ejecución de planes de mantenimiento		
MEJORAMIENTO DEL CLIMA ORGANIZACIONAL DE LA ESE	Estudio diagnóstico de clima organizacional	Coordinador salud ocupacional	Informe de clima organizacional				PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DEFINIDAS EN EL PLAN PARA EL MEJORAMIENTO DEL CLIMA ORGANIZACIONAL. AÑO 2013: 60% AÑO 2014: 40%	No. DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DEL PLAN / No. DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS
	Formulación y adopción del plan para el mejoramiento del clima organizacional	Subgerente administrativo Coordinador de personal Coordinador de salud ocupacional	Plan documentado					

e diciembre de 2012, por el cual se fija el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., para la vigencia del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2016.

	Asignación de recursos financieros para la financiación del plan	Gerente Subgerente administrativo y financiero	Asignación presupuestal					
	Ejecución de actividades definidas en el plan	Coordinador de salud ocupacional Responsables definidos en el plan		Informes de ejecución de actividades trimestralmente				
	Seguimiento a la ejecución de actividades	Jefe oficina de planeación		Informes de seguimiento mensual				
	Evaluación del clima organizacional para determinar impacto de las actividades ejecutadas	Coordinador de talento humano Coordinador salud ocupacional		Informe de evaluación al clima organizacional			ÍNDICE DEL CLIMA ORGANIZACIONAL AÑO 2013: ACEPTABLE AÑO 2014: ADECUADO AÑO 2015: ADECUADO	ÍNDICE DE CLIMA LABORAL
DESARROLLO Y ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO	Formulación y ejecución del plan de capacitación institucional	Coordinador Talento humano	Plan documentado	Informe semestral de Cumplimiento a las actividades establecidas	Informe semestral de Cumplimiento a las actividades establecidas	Informe semestral de Cumplimiento a las actividades establecidas	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS	No. DE ACTIVIDADES REALIZADAS DEL PLAN FORMULADO/ No. DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS
	Formulación y ejecución del plan de incentivos	Coordinador Talento humano	Plan documentado	Informe semestral de Cumplimiento a las actividades establecidas	Informe semestral de Cumplimiento a las actividades establecidas	Informe semestral de Cumplimiento a las actividades establecidas	AÑO 2012: ≥80% AÑO 2013: ≥80% AÑO 2014: ≥90% AÑO 2015: ≥90%	

31 de diciembre de 2012, por el cual se fija el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., para la vigencia del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2016.

	Formulación y ejecución del plan de bienestar social	Coordinador Talento humano	Plan documentado	Informe semestral de Cumplimiento a las actividades establecidas	Informe semestral de Cumplimiento a las actividades establecidas	Informe semestral de Cumplimiento a las actividades establecidas		
	Formulación del plan para la evaluación del desempeño laboral del personal	Coordinador Talento humano	Plan documentado	Informe de ejecución semestral de actividades	Informe de ejecución semestral de actividades	Informe de ejecución semestral de actividades		
	Elaboración y ejecución del programa de salud ocupacional	Coordinador de salud ocupacional	Programa documentado	Informe semestral de Cumplimiento a las actividades establecidas	Informe semestral de Cumplimiento a las actividades establecidas	Informe semestral de Cumplimiento a las actividades establecidas		
FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA OFERTA DE SERVICIOS EN EL MARCO DE LA ALTA COMPLEJIDAD	Diagnóstico de necesidades de servicios de alta complejidad.	Subgerente científico Gestores de UEN Jefe de planeación		Documento diagnostico			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DEFINIDAS EN EL PLAN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ALTA COMPLEJIDAD AÑO 2013: 20% AÑO 2014: 30% AÑO 2015: 30%	No. DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DEL PLAN / No. DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS
	Plan de compras y estudio de necesidades de contratación de especialistas y de adquisición de equipos.	Subgerente científico Gestores de UEN Jefe de planeación		Subgerencia científica				
	Licitación y recepción de oferentes.	Jefe oficina jurídica		Pliegos elaborados y publicados				
	Elaboración de contratos y recepción de elementos adquiridos.	Jefe oficina jurídica Almacén		Contratos legalizados Portafolio de servicios actualizado				

de diciembre de 2012, por el cual se fija el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., para la vigencia del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2016.

	Inclusión de nuevos servicios de la alta complejidad en el portafolio	Gerente Subgerente Científico			Portafolio de servicios actualizado	Portafolio de servicios actualizado	PORCENTAJE DE SERVICIOS DE LA ALTA COMPLEJIDAD INCLUIDOS EN EL PORTAFOLIO	No. DE SERVICIOS INCLUIDOS / No. DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS
IDENTIFICACION Y SEGUIMIENTO AL RIESGO FINANCIERO INSTITUCIONAL	Fortalecimiento del comité de sostenibilidad financiera	Subgerente administrativo y financiero		Acto administrativo			INDICE DE RIESGO: AÑO 2013: RIESGO BAJO AÑO 2014: RIESGO BAJO AÑO 2015: SIN RIESGO	SUPERAVIT O DEFICIT OPERACIONAL TOTAL / INGRESOS OPERACIONALES TOTALES RECAUDADOS
	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero (resolución 0002509 de 2012)	GerenciaSubgerencia administrativa y financiera	Documento de adoptado por acto administrativo					
	Definición de indicadores para el seguimiento a la gestión financiera	Subgerente administrativo y financiero		Tableros de mando del área financiera				
	Aplicación y seguimiento a los indicadores de gestión financiera	Coordinadores de dependencia Gestor Financiero Subgerente administrativo y financiero Jefe de control interno		Informe de aplicación y tendencia trimestral de indicadores financieros				
	Formulación de estrategias de mejoramiento a la gestión financiera según comportamiento de indicadores	Comité Técnico de Planeación		Planes semestrales de mejoramiento a la gestión financiera				

e diciembre de 2012, por el cual se fija el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., para la vigencia del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2016.

	Incremento del porcentaje de aseguramiento de responsabilidad extracontractual en	Gerente		Acto administrativo para la determinación de reserva de recurso financiero para contingencias por responsabilidad extracontractual				
ARTICULACIÓN SINÉRGICA Y RESPONSABLE DE LOS ACTORES DEL SGSS	Promover espacios de trabajo entre los diferentes actores del SGSS (EPS, IPS, Entes territoriales, entidades de control, organizaciones de usuarios y academia) que establezcan rutas de trabajo y responsabilidades de cada uno en el flujo de los recursos	Gerente	Formulación de actores que tienen responsabilidad en el flujo de los recursos de salud – Formular cronograma 1 reunión de articulación de actores	3 reuniones de articulación de actores	3 reuniones de articulación de actores	3 reuniones de articulación de actores	Documentos firmados	Documentos firmados
GESTION PARA LA LIQUIDEZ FINANCIERA INSTITUCIONAL	Estudio del estado de cartera y evaluación de la calidad de la misma.	Subgerente administrativo y financiero Coordinador de cartera		Informe del estado de cartera			PORCENTAJE DE RECAUDO: AÑO 2013, 2014, 2015: 75% DE LA VIGENCIA 60% DE LAS VIGENCIAS ANTERIORES	VALOR RECAUDADO / VALOR A RECAUDAR
	Saneamiento de cartera por comité de saneamiento contable	Comité de saneamiento contable		Actas de comité				
	Circularización de deudores	Coordinador de cartera		No. de deudores circularizados en el trimestre	No. de deudores circularizados en el trimestre	No. de deudores circularizados en el trimestre		

	Elaborar un calendario de días de revisión y pagos por EPS	Coordinador de cartera		Calendario ejecutado	Calendario ejecutado	Calendario ejecutado		
	Elaborar una proyección de cobranza por EPS	Coordinador de cartera		Proyección documentada	Proyección documentada	Proyección documentada		
	Gestión del cobro (corriente y/coactivo)	Gerente Coordinador de cartera		Informe trimestral de cartera recaudada	Informe trimestral de cartera recaudada	Informe trimestral de cartera recaudada		
	Seguimiento a indicadores de cobro	Coordinador de cartera Subgerente administrativo		Informe trimestral de indicadores de gestión de la cartera	Informe trimestral de indicadores de gestión de la cartera	Informe trimestral de indicadores de gestión de la cartera		
RACIONALIZACIÓN DE COSTOS Y GASTOS	Fortalecimiento del área de costos	Subgerencia administrativa		Talento humano asignado según necesidades identificadas			PORCENTAJE DE SERVICIOS COSTEADOS: ANO 2013: ≥80% ANO 2014: ≥90% ANO 2015: ≥95%	No. DE SERVICIOS COSTEADOS EN LA VIGENCIA / No. DE SERVICIOS A COSTEAR EN LA VIGENCIA
	Desarrollo del sistema de costeo institucional	Coordinador de costos Subgerencia administrativa		Informe Mensual de costos en DGH	Informe Mensual de costos en DGH	Informe Mensual de costos en DGH		
	Control de los costos por áreas productivas	Coordinador de costos		Actas mensuales del comité de costos	Actas mensuales del comité de costos	Actas mensuales del comité de costos		
	Formulación y ejecución de un plan de contención del costo	Coordinador de costos Jefe oficina de planeación		Plan documentado	Ejecución de actividades	Ejecución de actividades		

le diciembre de 2012, por el cual se fija el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., para la vigencia del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2016.

SEGUIMIENTO Y DEL DE EJECUCIÓN ACUERDO REESTRUCTURACIÓN DE PASIVOS	Pago del 100% de las acreencias según Acuerdo de Reestructuración de pasivos establecidas para los 4 años de vigencia del Plan de Desarrollo	Gerente	Certificación del pago de la cuota anual de ley 550	Certificación del pago de la cuota anual de ley 550	Certificación del pago de la cuota anual de ley 550	Certificación del pago de la cuota anual de ley 550	PORCENTAJE DE PAGO DE LA CUOTA ANUAL DEL ACUERDO DE REESTRUCTURACION DE PASIVOS: AÑO 2012: 100% AÑO 2013: 100% AÑO 2014: 100% AÑO 2015: 100%	VALOR PAGADO CUOTA ANUAL DEL ACUERDO DE REESTRUCTURACION DE PASIVOS / VR. A PAGAR CUOTA ANUAL DEL ACUERDO DE REESTRUCTURACION DE PASIVOS
SEGUIMIENTO Y DEL DE EJECUCIÓN COMPROMISOS DEFINIDOS EN EL CONVENIO DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	Obtención y análisis de la información	Coordinadores de área	Certificación de condonabilidad de la deuda en la vigencia	Certificación de condonabilidad de la deuda en la vigencia	Certificación de condonabilidad de la deuda en la vigencia	Certificación de condonabilidad de la deuda en la vigencia	CONDONABILIDAD DE LA DEUDA	CONDONABILIDAD DE LA DEUDA
	Seguimiento y análisis de la información obtenida	Comité técnico de planeación						
	Elaboración del informe y sustentación ante Min protección social y Minhaceneda	Gerente						
APOYO LOGISTICO	Ajuste del proceso de contratación	Jefe Oficina jurídica		Proyecto documentado del ajuste al proceso				
	Adecuación y mantenimiento de la planta física	Coordinador de mantenimiento		Informe trimestral de Cumplimiento de la ejecución del Plan de mantenimiento en lo establecido para la planta física	Informe trimestral de Cumplimiento de la ejecución del Plan de mantenimiento en lo establecido para la planta física	Informe trimestral de Cumplimiento de la ejecución del Plan de mantenimiento en lo establecido para la planta física	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DEFINIDAS EN EL PLAN DE MANTENIMIENTO A LA PLANTA FISICA AÑO 2013: ≥ 80% AÑO 2014: ≥ 85% AÑO 2015: ≥ 90%	No. DE ACTIVIDADES REALIZADAS DEL PLAN DE MTO A LA PLANTA FISICA/ No. DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS

le diciembre de 2012, por el cual se fija el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., para la vigencia del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2016.

	Adecuación y mantenimiento de equipos	Coordinador de mantenimiento		Informe trimestral de Cumplimiento de la ejecución del Plan de mantenimiento a equipos	Informe trimestral de Cumplimiento de la ejecución del Plan de mantenimiento a equipos	Informe trimestral de Cumplimiento de la ejecución del Plan de mantenimiento a equipos	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DEFINIDAS EN EL PLAN DE MANTENIMIENTO A EQUIPOS AÑO 2013: ≥ 80% AÑO 2014: ≥ 85% AÑO 2015: ≥ 90%	No. DE ACTIVIDADES REALIZADAS DEL PLAN DE MTO DE EQUIPOS/ No. DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS
REORGANIZACION DEL PROCESO DE FACTURACION	Registro en DGH del servicio prestado en cada área de atención	Subgerente administrativo Gestores Coordinador de facturación Jefe de planeación Coordinador de sistemas		Informe trimestral del estado de la facturación por servicios	Informe trimestral del estado de la facturación por servicios	Informe trimestral del estado de la facturación por servicios	PROMEDIO DIAS PARA ELABORACIÓN FINAL DE LA FACTURA LIMPIA DESPUÉS DEL EGRESO HOSPITALARIO: 2013: 10 DIAS 2014: 8 DIAS 2015: 5 DIAS	SUMATORIA DE LOS DIAS TRANSCURRIDOS DESDE EL EGRESO DEL PACIENTE HASTA LA EMISIÓN DE LA FACTURA FINAL / TOTAL DE EGRESOS DE LA VIGENCIA
	Creación de la central de facturación y cuentas medicas	Subgerente administrativo Coordinador de facturación Jefe de planeación Coordinador de auditoría de cuentas medicas		Informe trimestral de facturas elaboradas	Informe trimestral de facturas elaboradas	Informe trimestral de facturas elaboradas	PORCENTAJE DE RADICACION DE FACTURAS EN EL PERIODO AÑO 2013: ≥80% AÑO 2014: ≥85% AÑO 2015: ≥90%	No. DE FACTURAS RADICAS EN EL PERIODO/No. DE EGRESOS DEL PERIODO
							PORCENTAJE DE FACTURAS ELABORADAS AÑO 2013: ≥90% AÑO 2014: ≥95% AÑO 2015: 100%	No DE FACTURAS RADICADAS EN EL PERIODO/ No. DE FACTURAS ELABORADAS EN EL PERIODO

de diciembre de 2012, por el cual se fija el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., para la vigencia del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2016.

	Reorganización del personal que administra medicamentos a farmacia	Subgerente administrativo Coordinador de facturación Jefe de Enfermería Jefe de planeación Coordinador de farmacia		Informe trimestral de devoluciones por servicio	Informe trimestral de devoluciones por servicio	Informe trimestral de devoluciones por servicio	PORCENTAJE DE DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS A FARMACIA: 2013: ≤ 70% 2014: ≤ 30% 2015: ≤ 5%	No. TOTAL DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DEVUELTOS A FARMACIA EN LA VIGENCIA / No. TOTAL DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS DISPENSADOS EN LA VIGENCIA
APLICACIÓN DE LA LEY 1438 DE 2011	Consultar permanentemente la normatividad identificando los decretos reglamentarios que determinen el desarrollo de actividades aplicables a la ESE	Jefe Oficina de planeación Jefe Oficina Jurídica	Informe trimestral de la reglamentación de la norma	Informe trimestral de la reglamentación de la norma	Informe trimestral de la reglamentación de la norma	Informe trimestral de la reglamentación de la norma	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEFINIDAS PARA LA APLICACIÓN DE LA LEY 1438 EN EL HUSJ	No. DE ACTIVIDADES REALIZADAS / No. DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA CUMPLIR LA LEY 1438 EN EL HUSJ
	Desarrollo de actividades para optar al Programa de Fortalecimiento de Hospitales Públicos. Art. 69.	Subgerencia administrativa y financiera Subgerencia científica Jefe Oficina de planeación		Hacer parte de una red integrada de salud	Informe semestral de seguimiento a indicadores de salud	Informe semestral de seguimiento a indicadores de salud	AÑO 2012: ≥ 70% AÑO 2013: ≥ 80% AÑO 2014: ≥ 85% AÑO 2015: ≥ 90%	
	Desarrollo de actividades para optar Programa para el Saneamiento de cartera de las Empresas Sociales del Estado. Art.77	Subgerente administrativo y financiero Coordinador de cartera	Informe semestral de cartera saneada	Informe semestral de cartera saneada	Informe semestral de cartera saneada	Informe semestral de cartera saneada		

Adelantar acciones que permitan suscribir los convenios de concurrencia y la emisión de bonos de valor constante respectivos, de acuerdo a la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial departamental. Art.78	Subgerente administrativo y financiero Coordinador de talento humano	Informe semestral del suministro de información al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para suscribir los convenios de concurrencia	Informe semestral del suministro de información al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para suscribir los convenios de concurrencia	Informe semestral del suministro de información al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para suscribir los convenios de concurrencia	Informe semestral del suministro de información al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para suscribir los convenios de concurrencia		
Determinar el riesgo de la ESE y adoptar el programa de saneamiento fiscal y financiero conforme a lo estipulado en la resolución 2509 de 2012, de acuerdo artículos 80 y 81 de la ley	Subgerente administrativo y financiero Coordinador de presupuesto Jefe de control interno	Formulación del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero Institucional	Informe de seguimiento trimestral al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Informe de seguimiento trimestral al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Informe de seguimiento trimestral al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero		
Desarrollar los requisitos para mantener la calidad de hospital universitario. Art. 100	Subgerente científico Subgerente administrativo	Formulación del Programa para consolidación como Hospital Universitario	Informe trimestral de ejecución del programa	Informe trimestral de ejecución del programa	Certificación del hospital como universitario		
Desarrollar las acciones tendientes a definir la contratación de personal misional permanente. Art 103	Subgerente científico Subgerente administrativo Jefe oficina jurídica	Formulación del Plan para vinculación en planta del personal misional	Informe trimestral de ejecución del programa	Informe trimestral de ejecución del programa			

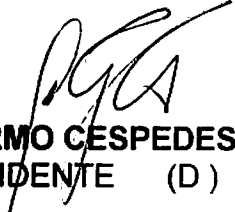
de diciembre de 2012, por el cual se fija el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E., para la vigencia del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2016.

	Desarrollar acciones para lograr la articulación con el sistema de Información Nacional Art. 112	Subgerente administrativo Coordinador de sistemas Coordinador de estadística Jefe de planeación	Formulación del Plan cumplir los requerimientos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)	Informe trimestral de ejecución del plan	Informe trimestral de ejecución del plan			
	Desarrollar acciones para cumplir con el suministro de información para el seguimiento de Indicadores de salud sobre niños, niñas y adolescentes. Art. 115	Subgerente Científico Coordinador de epidemiología Coordinador de estadística Jefe de planeación	Formulación del Plan para el suministro de información	Informe trimestral de reporte de información	Informe trimestral de reporte de información	Informe trimestral de reporte de información		

ARTICULO TERCERO: El presente acuerdo rige a partir del 7 de diciembre de 2012.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Popayán, el siete (07) de Diciembre de 2012.



LUIS GULLERMO CESPEDES SOLANO
PRESIDENTE (D)



ANDRES ALBERTO NARVAEZ
SECRETARIO