

norma

Guía Clasificadora

1	Acto Informe de Gestión
2	Plan de Desarrollo 2010 - 2012
3	Plan de Gestión 2010 - 2012
4	Informe Gestión 2010
5	Informe Gestión 2011
6	Proyecto CAIMI, Centro Salud e. G.
7	Informe Población
8	Tablero de Indicadores
9	Habilitación
10	Levantamiento medida Preventiva
11	Capacidad Instalada
12	Presupuesto Año 2012
13	Ejecución Pptal Ingreso y Gastos
14	Relación cuentas por pagar
15	Informe Revisor Fiscal 2011
16	Informe detallado Cartera
	Informe Convenias
	Informe Cartera con la S.S. Mpal.
19	Informe Procesos Juridicos
20	Liquidaciones pendientes con EPS'S.
21	Estados Contables
22	Certificación Sonceamiento Contable
23	Certificación Libros Contables
24	Plan de Compras y Ejecución 2012
25	Relación cuentas bancarias y Ahorro
26	Movimientos bancarios
27	Tasas de Retención documental
28	Acto Adhco creación comité Archivos
29	Plan Estratégico Informática
30	Internet, Intranet, pagina web.
31	Relación Computadores y Programas

Numérica 1-31



7 702111 008793

Tabla de Contenido

32	Creación Comité Gobierno en Línea
33	Estado fase de Interacción
3	Organigrama
4	Planta de Personal.
5	Acto Activo Estructura E.S.E. CEO
6	Manual de funciones
7	Informe Estado Implementación S. Control I.
8	Ficha de Convenios docente Asutecual.
9	Relación Resoluciones y Acuerdos 2010-2011-2012
10	Estado pólizas de Seguros.
11	Informe Plan Mantenimiento 2012
12	Informe y documentos Sistema de Calidad
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	

**Guías
clasificadoras
a Color**

MyM

1 284
384

CONTRALORIA MUNICIPAL DE NEIVA

FORMATO UNICO

ACTA DE INFORME DE GESTIÓN
(Ley 951 de marzo 31 de 2005)

1. DATOS GENERALES:

A. NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE QUE ENTREGA: DORIS JANETH GONZÁLEZ CLAVIJO

CARGO GERENTE

C. ENTIDAD (RAZON SOCIAL) EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA

D. CIUDAD Y FECHA NEIVA, MARZO 31 DE 2.012

E. FECHA DE INICIO DE LA GESTIÓN MARZO 15 DE 2.010

F. CONDICIÓN DE LA PRESENTACIÓN

RETIRO	<input checked="" type="checkbox"/>
SEPARACIÓN DEL CARGO	<input type="checkbox"/>
RATIFICACIÓN	<input type="checkbox"/>

G. FECHA DE RETIRO, SEPARACIÓN DEL CARGO O RATIFICACIÓN MARZO 31 DE 2.012

2. INFORME RESUMIDO O EJECUTIVO DE LA GESTIÓN:

Informe narrado, máximo de dos hojas, sobre la gestión adelantada, en la que se cubra aspectos como son: Principales logros, programas, proyectos, actividades y los resultados obtenidos por cada uno de los anteriores, contextualizado en términos de economía, eficiencia y eficacia.

1. GESTION ESTRATEGICA

La plataforma estratégica de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA esta orientada hacia la gestión y prestación de los servicios de salud de bajo nivel de complejidad, para lo cual ha planteado dentro de su plan de desarrollo tres objetivos institucionales a saber:

- Prestar servicios de salud del primer nivel de complejidad, de manera integral, eficiente y efectivo, que cumplan con las normas de calidad establecidas y haciendo énfasis en detección temprana y protección específica.
- Fortalecer la capacidad institucional y el desarrollo organizacional
- Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina.

Con base en los anteriores objetivos y debidamente alineados con la política Nacional, se plantearon proyectos y estrategias significativas para contrarrestar los cambios normativos del sistema en especial con la ley 1438 de 2.011, que le permitieran a la empresa prestar los servicios en un escenario de competitividad y que con gran satisfacción se han ido cristalizando, quedando pendiente su terminación, proyectos que tienen que ver con:

ey

2
283

POLITICA NACIONAL	
1. Mejorar el acceso a los servicios de salud	
2. Mejorar la calidad de la atención en salud.	
OBJETIVO CORPORATIVO	
Prestar servicios de salud de bajo nivel de complejidad, de manera integral, eficiente y efectivo, que cumplan con las normas de calidad establecidas y haciendo énfasis en detección temprana y protección específica.	
ESTRATEGIA	
Llevar "el modelo de atención familiar al "20% de las familias de los usuarios subsidiados de la institución	
METAS	
Priorizar el 20% de los grupos familiares de usuarios identificados por comunas	100%
Determinar factores de riesgos al 100% de las familias priorizadas	100%
Aplicar el "modelo de atención familiar" al 100% de los grupos familiares priorizados	5,3%
Efectuar tratamiento odontológico integral al 100% de los niños identificados	84%
Metodología establecida e implementada	100%
Capacitar al 100% de los servidores del área asistencial en gestión del riesgo	80%
Gestionar el 100% de eventos adversos	100%
Establecer los nuevos servicios a ofertar	75%
ESTRATEGIA	
Construcción y dotación de centros de atención amigables y confortables	
Fidelizar los usuarios a la ESE	
ESTRATEGIA	
Construcción y dotación de centros de atención amigables y confortables	
Fidelizar los usuarios a la ESE	
METAS	
Asegurar la cofinanciación del proyecto CAIMI	100%
Construcción segunda etapa CAIMI	0%
Elaboración de diseños, presupuestos, proyecto y aprobación ante el Ministerio de la protección social Proyecto Comuna 6	100%
Presentación del proyecto al Departamento para su Cofinanciación	100%
Terminación y Puesta en funcionamiento centro de salud IPC	100%
Publicación Epidemiológica del Comportamiento del Estado de Salud de los Usuarios	100%
Cumplimiento del 100% de los estándares de la calidad del servicio	86%
POLITICA NACIONAL	
Generar eficiencia en la prestación de servicios de salud y lograr la sostenibilidad financiera de las IPS públicas.	
OBJETIVO CORPORATIVO	
Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina.	

2/

3
302

ESTRATEGIA	
Implementación del sistema de costos	
Lograr el equilibrio financiera de la empresa	
METAS	
Definir costos por unidad producida	50%
Desmante de primas técnicas de acuerdo a la normatividad	50%
Ajuste del valor de honorarios en la contratación acorde con los precios de mercado	100%
Redefinición presupuesto año 2010	100%
Creación comités de contratación, compras, activos fijos	100%
Definición de política de descuentos por pronto pago	100%
POLITICA NACIONAL	
Desarrollo del talento humano	
Democratización de la administración pública	
Moralización de la administración pública	
Rediseños organizacional	
OBJETIVO CORPORATIVO	
Fortalecer la capacidad institucional y el desarrollo organizacional	
ESTRATEGIA	
Fortalecimiento del talento humano	
Lograr la participación ciudadana en el desarrollo y gestión empresarial	
Modernizar la estructura funcional de la empresa	
Implementar el sistema de archivo de gestión documental	
METAS	
Definir procesos de selección basados en perfiles y competencias	100%
Rediseñar el proceso de inducción y re inducción	100%
Establecer y desarrollar el plan de capacitación, bienestar social e incentivos	100%
Implementación del CALL CENTER	100%
Capacitación al usuario	100%
Definición de política de inclusión social	100%
Elaborar estudio de reorganización administrativa	
Elaboración tablas de retención documental	100%
Definición políticas de archivo,	100%
Digitalización del archivo de contratación	100%

Cumplimento total plan de desarrollo: 88%

2. GESTION MISIONAL

Las actividades básicas en salud desarrolladas en el periodo 2.010 –Febrero 2012 se ven reflejadas en el siguiente cuadro

21

4
300

SERVICIO	PROMEDIO MES 2010	PROMEDIO MES 2011	PROMEDIO MES 2012	VARIA % 2010-2012
Urgencias	9.337	9.599	11.021	18,0
CONSULTA EXTERNA	15.004	17.727	14.819	- 1,2
Medicina General	12.432	13.418	11.875	- 4,5
Odontología	2.573	4.309	2.944	14,4
P y P	45.308	31.669	14.568	- 67,8
PROTECCION ESPECIFICA	15.982	18.835	9.322	- 41,7
Partos	66	40	29	- 55,9
PAI (Vacunación)	3.967	3.673	5.001	26,1
Salud Oral	8.934	11.862	3.006	- 66,4
Atención del Parto	242	131	35	- 85,5
Atención del Recien Nacido	263	168	32	- 87,8
Atención Planificación Familiar	2.510	2.962	1.219	- 51,4
DETENCION TEMPRANA	29.325	12.834	5.246	- 82,1
Detención temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en menor de 10 años	2.453	2.527	2.463	0,4
Detención temprana de las alteraciones del Adulto joven de 10 a 29 años	681	560	254	- 55,9
Detención temprana de las alteraciones del Embarazo	22.314	6.946	1.526	- 73,9
Detención temprana de las alteraciones del adulto mayor de 45 años	1.454	1.384	82	- 42,8
Detención temprana de las alteraciones del cuello uterino	1.225	1.095	773	- 36,9
Detención temprana de la agudeza visual	810	322	148	-81,7
Hospitalización de baja complejidad	388	381	612	57,6
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	17.843	21.533	25.260	41,6
Laboratorio clínico	16.682	20.159	23.706	42,1
Rayos x de primer nivel	931	1.125	1.252	34,5
Ecografías obstétricas	230	248	302	31,1
ATENCION PREHOSPITALARIA	697	709	469	-32,7
Transporte asistencial básico (TAB)	697	709	518	-25,6
TOTAL	88.576	81.618	66.749	-24,6
Fuente: Oficina de sistemas ESE				

Dentro de los principales logros alcanzados tenemos:

1. Llevar "el modelo de atención familiar al "20% de las familias de los usuarios subsidiados de la institución, donde se elabora el documento, se aplican las encuestas y se tienen definidas las familias a intervenir, de acuerdo a los riesgos detectados.
2. Ofrecer Servicios complementarios: Como Odontología no pos, laboratorio segundo nivel, telemedicina entre otros.
3. Fortalecimiento de la estrategia IAMI
4. Definición de la política de seguridad del paciente,
5. Viabilización, construcción y dotación de centros de atención amigables y confortables:
 - Adecuación Centro salud IPC.
 - Centro de salud integral CAIMI
 - Centro de salud comuna 6,

4

5
300

- 6. Adquisición de ambulancia
- 7. Mejoramiento y actualización tecnológica del laboratorio clínico

3. GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

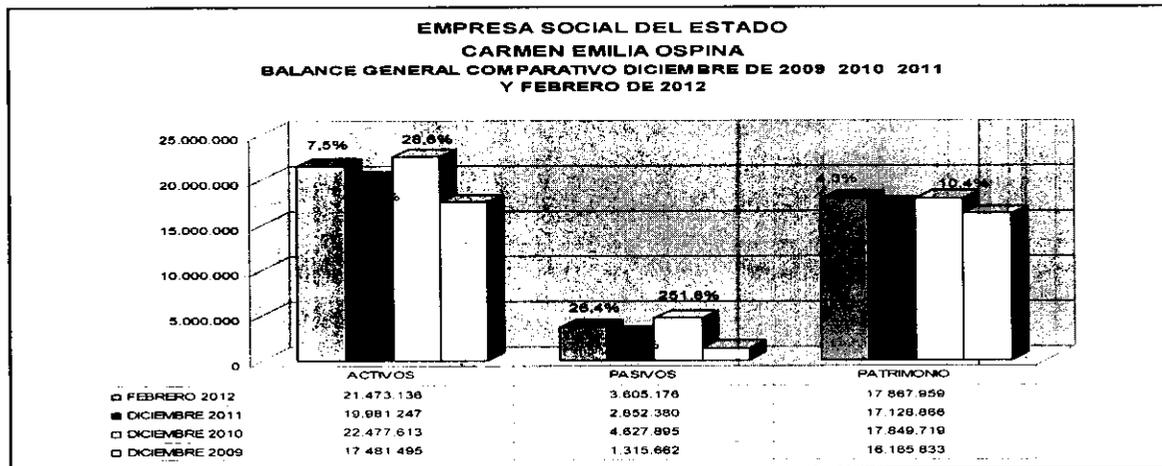
GESTION FINANCIERA

Los Estados Financieros con corte a 29 de febrero de 2012, presentan un resultado positivo tanto en el resultado operacional como en el resultado neto. Las operaciones se realizan normalmente, los ingresos superan los del año 2011 en lo que tiene que ver con los ingresos por Caprecom que el año pasado tan solo se contrató a partir del mes de febrero y para la presente vigencia comprende enero y febrero.

SOLVENCIA FINANCIERA

Los activos totales a 29 de febrero de 2012, alcanzaron los \$21.473.1 millones, con una variación de 9.5% respecto a febrero de 2011, como resultado de la constitución de la inversión en el Banco Colpatria por valor de \$860.0 millones, y el incremento de la propiedad planta y equipo en mas de \$394.9 millones. Por su parte, los pasivos alcanzaron los \$ 3.605.1 millones, presentándose un incremento del 92% como consecuencia de la provisión de los recursos para financiar el proyecto hospital comuna 6 por valor de \$750.0 millones, los recursos para la contratación de la red de frío por \$75.3 millones, y los recursos recibidos por la aseguradora por el siniestro del centro de salud de Vegalarga por mas de \$54.0 millones, y el represamiento de las cuentas de los profesionales y auxiliares en el proceso de liquidación de los contratos que no alcanzaron a ser cancelados en el mes de febrero de 2012

El patrimonio de la empresa presenta un incremento de \$135.7 millones frente al total del patrimonio 2011, como resultado del traslado de las utilidades al pasivo de \$750.0 millones para financiar el proyecto hospital comuna 6.



Fuente: Oficina Financiera ESE

LIQUIDEZ

La razón de liquidez que establece la capacidad de responder por las obligaciones contraídas por la entidad pasó del 2.6 en diciembre de 2010 al 3.2 en diciembre de 2011 y a febrero de 2011 alcanzó 4.71, resultado que garantiza solvencia frente a las deudas que tiene la ESE a la fecha.

PH

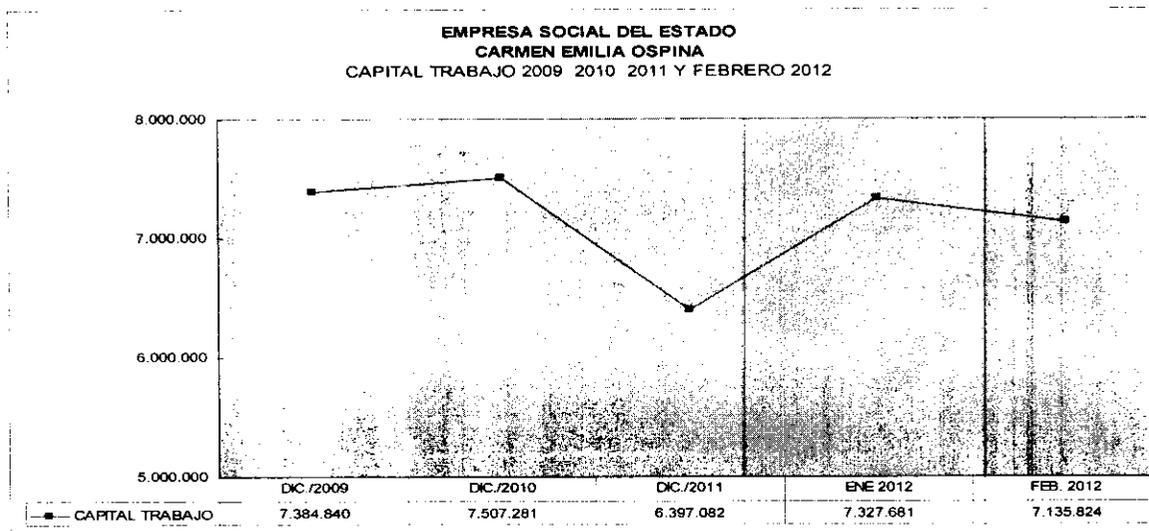
637



Fuente: Oficina Financiera ESE

CAPITAL DE TRABAJO

El capital de trabajo a febrero 29 de 2012 alcanzó los \$7.135.8 millones \$310.8 millones menos que en febrero del año 2011. El incremento de los pasivos hizo que se presentara esta disminución.



Fuente: Oficina Financiera ESE

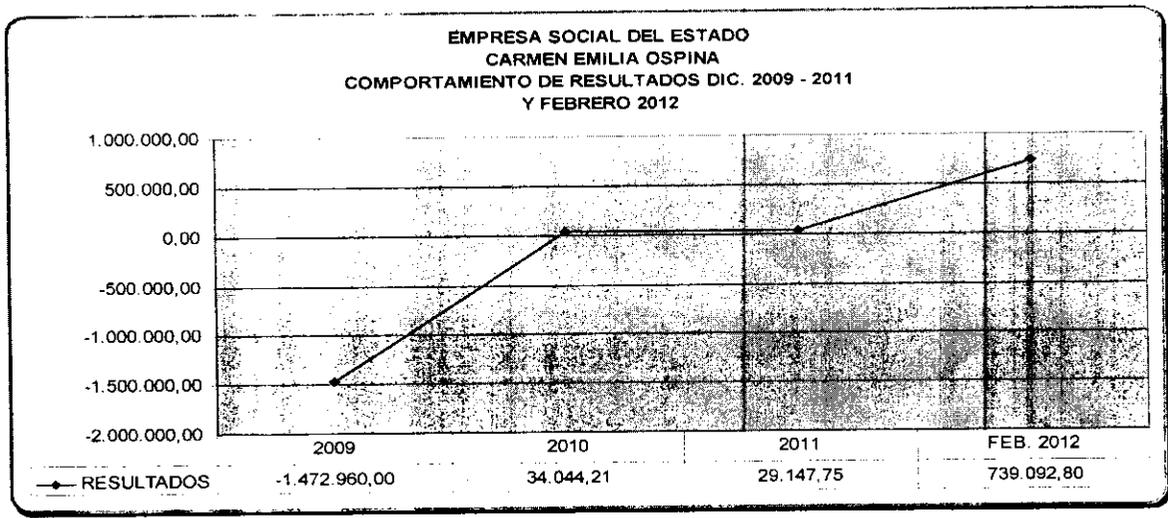
RENTABILIDAD FINANCIERA

A febrero 29 de 2012, la ESE Carmen Emilia Ospina presenta una utilidad de \$739.1 millones, sosteniendo el equilibrio financiero alcanzado en el año 2011.

La venta de servicios alcanzo los \$3.414.8 millones, \$53.7 millones menos que en la vigencia 2011 que fue de \$3.468.4 millones, variación presentada por el cobro de las cuentas de los convenios que pasaron de una vigencia a otra.

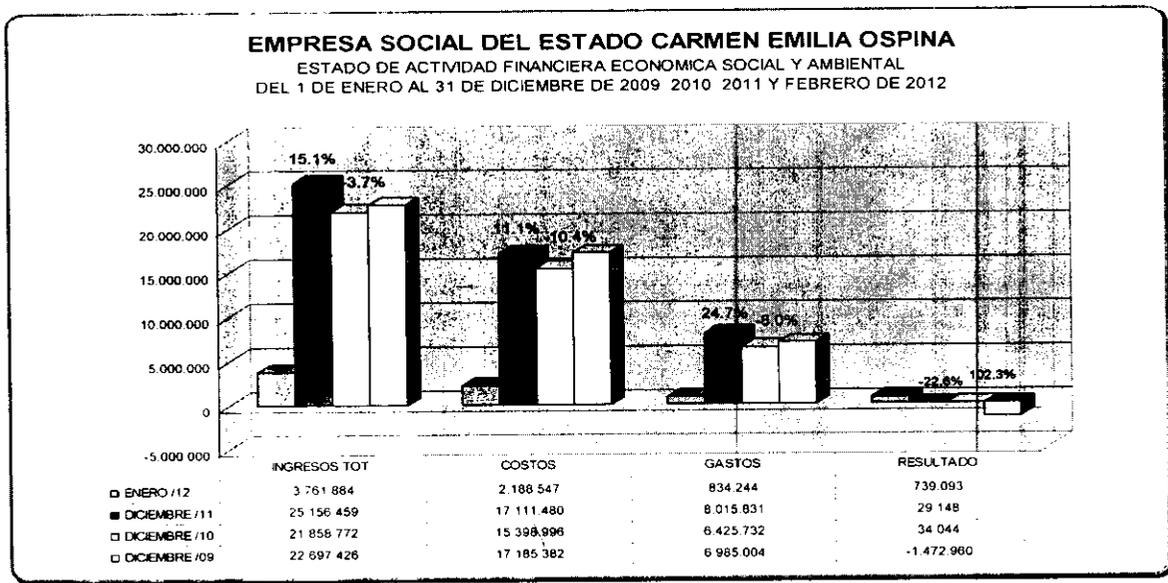
80

328



Fuente: Oficina Financiera ESE

Los costos del periodo presentan un incremento del \$144.6 millones y los gastos una disminución de \$286.2 millones frente a los mismos conceptos del año 2011. Los costos se ven afectados por la contratación con Caprecom que en esta vigencia corresponde a los meses de enero y febrero, mientras en el 2011 solamente correspondió al mes de febrero.



Fuente: Oficina Financiera ESE

Logros Alcanzados

1. Lograr el equilibrio financiero de la empresa, que de un déficit de \$1400 millones en el 2.009, alcanza equilibrio en el 2.010 con excedentes de \$34 millones y se sostiene en el 2.011 con \$29 millones.
2. Avalúo de bienes inmuebles
3. Definición de la política del pronto pago
4. Ejecución del proceso de bajas y venta de equipos inservibles
5. Recuperación contrato CAPRECOM

4

003A

6. Reducción del 40% de la cartera
7. Definición de la política inclusión social
8. Inicio del proceso para la certificación de la norma de calidad OSHAS
9. Evaluación por competencias
10. Reorganización a los convenios docencia servicio
11. Actualización de procesos y procedimientos
12. Actualización mapa de riesgos
13. Primer auto evaluación en acreditación
14. Actualización sistema de informática del aplicativo Dinámica Gerencial punto NET
15. Actualización tablas de retención documental
16. Digitalización de archivo de contratación años 2010 y 2011
17. Implementación segunda fase gobierno en línea
18. Depuración y organización del archivo clínico
19. Capacitaciones a líderes comunitarios como multiplicadores
20. Fortalecimiento de la gestión del Talento Humano
21. Implementación del programa Salud Ocupacional en todos sus componentes

INVERSIONES Y/O MANTENIMIENTO EN OBRA PUBLICA 2009-2011

CENTRO SALUD	2010	2011	TOTAL POR CENTRO
1. INVERSRIONES EN MANTENIMIENTO			
EDUARDO SANTOS		23.377.307	23.377.307
CANDIDO		26.590.710	26.590.710
FORTALECILLAS		34.530.819	34.530.819
GRANJAS	71.122.912	4.316.000	75.438.912
SANTA ISABEL		2.107.000	2.107.000
SIETE AGOSTO		185.720.213	185.720.213
TRIUNFO			-
PALMAS		81.016.868	81.016.868
REMODELACION IPC		135.934.375	135.934.375
SAN Luis		39.400.669	39.400.669
CAGUAN		93.387.694	93.387.694
SUBTOTAL MANTENIMIENTO	71.122.912	626.381.655	697.504.567

Fuente: Oficina Planeacion ESE

ADQUISICON EQUIPOS 2.010-2011

ACTIVOS FIJOS	2010	2.011	TOTAL
Equipo de Odontología	47.678.030		47.678.030
Equipo de Laboratorio		38.280.000	38.280.000
Equipo Biomédico	3.016.000	62.179.660	65.195.660
Vehículos		99.500.000	99.500.000
Equipos y Muebles de Oficina	74.823.571	75.540.762	150.364.333
Extintores y Elementos de Seguridad	9.743.568		9.743.568
Equipo de Computo y Software	25.745.300	70.394.000	96.139.300
Aires acondicionados		27.069.997	27.069.997
Cortinas		2.639.090	2.639.090
Ayudas audiovisuales	1.596.000		1.596.000
TOTAL ACTIVOS	162.602.469	375.603.509	538.205.978

Fuente: Almacén ESE CEO

91

9
378

MANTENIMIENTO 2010-2011

CONCEPTO	AÑO 2010	AÑO 2011
3,1,1, Edificios		
3,1,2, Instalaciones físicas	53.900.397	659.086.964
3,1,3,1 Redes eléctricas	79.293.333	29.683.875
3,1,3,3, Redes de telefónicas	25.732.422	16.353.920
3,1,3,5 Redes sanitarias, desagues o cloacas	0	0
3,1,5 Otros pertenecientes a la infraestructura	0	20.668.572
3,2, MANTENIMIENTO DE LA DOTACION		
3,2,1 Equipo Biomédico	47.635.000	67.800.000
3,2,1,1, De imágenes diagnosticas		
3,2,1,4, Otros de diagnósticos, Odontología	23.178.460	21.070.000
3,2,1,5, De mantenimiento de la vida	15.611.000	7.800.000
3,2,2, EQUIPOS INDUSTRIAL DE USO HOSPITALARIOS		
3,2,2,1 Planta eléctrica		
3,2,2,5, refrigeración aires acondicionados	55.198.387	47.406.720
3,2,2,7 Vehículos y otros	167.000.000	129.503.696
3,2,3 Muebles de uso administrativo y asistencial	28.000.000	30.000.000
3,2,4 Equipos de Comunicación e informática	108.712.264	96.129.256
TOTALES	604.261.263	1.125.503.003

Fuente. Oficina Mantenimiento ESE

3. SITUACIÓN DE LOS RECURSOS:

Detalle pormenorizado sobre la situación de los recursos, por cada una de las vigencias fiscales cubiertas por el período entre la fecha de inicio de la gestión y la fecha de retiro, separación del cargo o ratificación, así:

A. Recursos Financieros:

CONCEPTO	VALOR (Valores en pesos)
Vigencia Fiscal Año 2010 Comprendida entre el día 15 del mes 03 y el día 31 del mes 12	
Activo Total	22.477.613.227
- Corriente	12.135.176.022
- No corriente	10.342.437.205
Pasivo Total	4.627.894.573
- Corriente	4.627.894.573
- No corriente	0
Patrimonio	17.849.718.654
Vigencia Fiscal Año 2011 Comprendida entre el día 01 del mes 01 y el día 31 del mes 12	
Activo Total	19.981.246.668
▪ Corriente	9.249.462.253
▪ No corriente	10.731.784.415
Pasivo Total	2.852.380.266
▪ Corriente	2.852.380.266
▪ No corriente	0
Patrimonio	17.128.866.402

e

70
324

Vigencia Fiscal Año <u>2012</u> Comprendida entre el día <u>01</u> del mes <u>01</u> y el día <u>29</u> del mes <u>02</u>	
Activo Total	21.473.135.550
▪ Corriente	10.741.000.447
▪ No corriente	10.732.135.102
Pasivo Total	3.605.176.255
▪ Corriente	3.605.1476.255
▪ No corriente	0
Patrimonio	17.867.959.294

CONCEPTO	VALOR (Valores en pesos)
----------	-----------------------------

Vigencia Fiscal Año <u>2010</u> Comprendida entre el día <u>15</u> del mes <u>03</u> y el día 31 del mes <u>12</u>	
Ingresos operacionales	20.099.595.937
Gastos operacionales	6.063.000.435
Costo de ventas y operación	15.398.996.271
Resultado operacional	-1.362.400.769
Ingresos Extraordinarios	1.759.176.547
Gastos Extraordinarios	362.731.572
Resultado no operacional	1.396.444.975
Resultado neto	34.044.206

Vigencia Fiscal Año <u>2011</u> Comprendida entre el día <u>01</u> del mes <u>01</u> y el día <u>31</u> del mes <u>12</u>	
Ingresos Operacionales	23.628.039.529
Gastos Operacionales	6.377.264.093
Costos de Venta y Operación	17.111.479.868
Resultado Operacional	139.295.567
Ingresos Extraordinarios	1.528.419.246
Gastos Extraordinarios	1.638.567.066
Resultado No Operacional	-110.147.820
Resultado Neto	29.147.747

Vigencia Fiscal Año <u>2012</u> Comprendida entre el día <u>01</u> del mes <u>01</u> y el día <u>29</u> del mes <u>02</u>	
Ingresos Operacionales	3.414.845.494
Gastos Operacionales	830.572.580
Costos de Venta y Operación	2.188.547.178
Resultado Operacional	395.725.737
Ingresos Extraordinarios	347.038.314
Gastos Extraordinarios	3.671.159
Resultado No Operacional	343.367.155
Resultado Neto	739.092.893

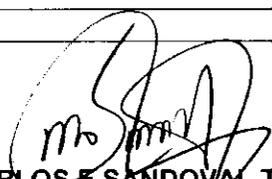
✍

11
374

B. Bienes Muebles e Inmuebles:

CONCEPTO	VALOR (Valores en pesos)
Vigencia Fiscal Año <u>2010</u> Comprendida entre el día <u>15</u> del mes <u>03</u> y el día 31 del mes <u>12</u>	
Terrenos	431.974.823
Edificaciones	5.943.637.218
Construcciones en curso	0
Maquinaria y equipo	3.602.896
Equipo médico y científico	1.949.860.403
Equipo de Transporte Tracción y elevac.	1.006.822.042
Equipo de Comunicación y Computación	1.277.625.186
Muebles enseres y equipo de oficina	910.620.859
Bienes muebles en bodega	123.024.671
Redes líneas y cables	190.276.322
Plantas ductos y túneles	246.929.910
Otros conceptos (equipo de comedor)	
Vigencia Fiscal Año <u>2011</u> Comprendida entre el día <u>01</u> del mes <u>01</u> y el día <u>31</u> del mes <u>12</u>	
Terrenos	431.974.823
Edificaciones	6.322.494.003
Construcciones en curso	404.293.927
Maquinaria y equipo	3.470.539
Equipo médico y científico	1.837.463.542
Equipo de Transporte Tracción y elevac.	1.069.096.584
Equipo de Comunicación y Computación	1.081.569.245
Muebles enseres y equipo de oficina	919.330.533
Bienes muebles en bodega	125.299.789
Redes líneas y cables	0
Plantas ductos y túneles	246.929.910
Otros Conceptos (equipo comedor)	138.614.782
Vigencia Fiscal Año <u>2012</u> Comprendida entre el día <u>01</u> del mes <u>01</u> y el día <u>29</u> del mes <u>02</u>	
Terrenos	431.974.823
Edificaciones	6.322.494.003
Construcciones en curso	501.603.969
Maquinaria y Equipo	3.470.539
Equipo médico y científico	1.833.434.572
Equipo de Transporte, Tracción y Elevación	1.069.096.584
Equipos de Comunicación y Computación	1.076.413.072
Muebles, Enseres y Equipo de Oficina	913.978.287
Bienes Muebles en Bodega	139.846.579
Redes, Líneas y Cables	0
Plantas, Ductos y Túneles	246.929.910
Otros Conceptos	138.614.782


CARLOS MANUEL CUERVO
 Contador

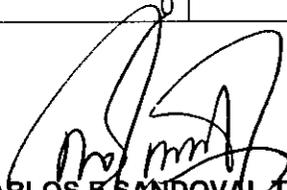

CARLOS E SANDOVAL TRONCOSO
 Subgerente

4. PLANTA DE PERSONAL:

Detalle de la planta de personal de la Entidad.

CONCEPTO	TOTAL NÚMERO DE CARGOS DE LA PLANTA	NUMERO DE CARGOS PROVISTOS	NUMERO DE CARGOS VACANTES
Cargos de libre nombramiento y remoción:			
• A la fecha de inicio de la gestión	6	6	0
• A la fecha de retiro, separación del cargo o ratificación	6	6	0
Variación porcentual	0	0	0
Cargos de Carrera Administrativa			
• A la fecha de inicio de la gestión	81	75	6
• A la fecha de retiro, separación del cargo o ratificación	81	76	5
Variación porcentual	0	1.33%	16.6%
Cargos Trabajadores oficiales			
• A la fecha de inicio de la gestión	7	7	0
• A la fecha de retiro, separación del cargo o ratificación	7	7	0
Variación porcentual	0	0	0


MERCEDES DEL PILAR GOMEZ
 Asesora Talento Humano

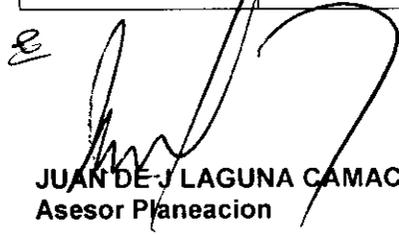

CARLOS E SANDOVAL TRONCOSO
 Subgerente

5. PROGRAMAS, ESTUDIOS Y PROYECTOS:

Relacione por cada una de las vigencias fiscales cubiertas por el período entre la fecha de inicio de la gestión y la fecha de retiro o ratificación, todos y cada uno de los programas, estudios y proyectos que se hayan formulado para el cumplimiento misional de la entidad.

B 372

DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN	ESTADO		VALOR ASIGNADO (Valores en pesos))
		EJECUTADO (Marque "x")	EN PROCESO (Marque "x")	
Vigencia Fiscal Año <u>2010</u> Comprendida entre el día <u>15</u> del mes <u>03</u> y el día <u>31</u> del mes <u>12</u>				
Adecuación centro de salud IPC	Proyecto que venia del año 2009.	X (Falta liquidación convenio de \$500 millones con el Depto)		\$1.300.000
Construcción Centro de Salud integral Materno Infantil CAIMI	Construcción centro de salud en la comuna 9 (Está en proceso de construcción en el Municipio)		X (Aportes de la ESE por \$234.141.000, girados al Municipio) mas el valor de la Licencia	\$6.440.141
Mantenimiento y dotación centros de salud	Adecuación y dotación centros de salud de la ESE	X (falta liquidación convenio con el Municipio)		\$485.000
Vigencia Fiscal Año <u>2011</u> Comprendida entre el día <u>01</u> del mes <u>01</u> y el día <u>31</u> del mes <u>12</u>				
Construcción Centro de Salud de la comuna 6	Construcción centro de salud en la comuna 6 (Está en proceso de construcción por parte del Municipio)		X (aportes de la ESE \$1.017.703.749 pendiente de girar.	\$5.617.703


JUAN DE J. LAGUNA CAMACHO
 Asesor Planeacion

6. OBRAS PÚBLICAS:

Relacione por cada una de las vigencias fiscales cubiertas por el período entre la fecha de inicio de la gestión y la fecha de retiro o ratificación, todas y cada una de las obras públicas adelantadas, señalando si está en ejecución o en proceso, el valor debe incluir adiciones o modificaciones.

Si la obra pública terminó en condiciones anormales (terminación anticipada, caducidad, etc.) se debe efectuar el respectivo comentario en la columna de observaciones.

OBJETO DE LA OBRA PUBLICA	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL INTERVENTOR	ESTADO		VALOR EJECUTADO (Valores en pesos)	OBSERVACIONES
			EJECUTADA (Marque "x")	EN PROCESO (Marque "x")		
Vigencia Fiscal Año 2010 Comprendida entre el día 15 del mes 03 y el día 31 del mes 12						
ADECUACIONES LOCATIVAS CENTRO DE SALUD GRANJAS	HENRRY MAURICIO QUIROGA	SONIA YANETH CUELLAR	X		\$ 20.500.000	
ARREGLO DE 17 CASITAS COMUNALES PARA GARANTIZAR EL ADECUADO	HENRRY MAURICIO QUIROGA	LILIANA GONZALEZ BAHAMON	X		\$ 19.000.000	Son recursos de convenios y no se adecuó ningún centro de atención
MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA A CENTRO DE SALUD DE GRANJAS	JOSUE RICARDO VARGAS QUINTERO	JOSE WILLIAM TAMAYO POLANIA	X		\$ 50.622.912	
Vigencia Fiscal Año 2011 Comprendida entre el día 01 del mes 01 y el día 31 del mes 12						
MANTENIMIENTO Y ADECUACIONES LOCATIVAS IPC	CARLOS ALBERTO PALTA MUÑOZ	ARANAGA ANDRES EMILIO	X		135.934.375	
ADECUACIONES MEJORAS LOCATIVAS Y MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA CENTROS DE SALUDESE CEO	UNION TEMPORAL OBRAS HOSPITALARIAS	CONSORCIO MUNRA	X		462.753.973	
MANTENIMIENTO Y ADECUACIONES LOCATIVAS CENTRO DE SALUD EDUARDO SANTOS	GUSTAVO GONZALEZ PENAGOS	ORTIZ AFANADOR FABIO ALONSO	X		26.215.464	
OBRA CIVIL RETIRO Y CONSTRUCCION DE CERRAMIENTO ARCHIVO CENTRAL ESE CEO	ALIRIO HILLON PERDOMO	ORTIZ AFANADOR FABIO ALONSO	X		1.477.843,75	
Vigencia Fiscal Año 2012 Comprendida entre el día 01 del mes 01 y el día 31 del mes 03						
NO SE CONTRATÓ						


NANCY ROCIO RODRIGUEZ
 Asesora Contratación

15 370
36

7. EJECUCIONES PRESUPUESTALES:

Relacione por cada una de las vigencias fiscales cubiertas por el período entre la fecha de inicio de la gestión y la fecha de retiro o ratificación, los valores presupuestados, los efectivamente recaudados y el porcentaje de ejecución.

INGRESOS			
CONCEPTO DEL INGRESO	VALOR PRESUPUESTADO (Valores en pesos)	VALOR RECAUDADO (Valores en pesos)	PORCENTAJE DE RECAUDO
Vigencia Fiscal Año 2010 Comprendida entre el día 15 del mes 03 y el día 31 del mes 12			
Aportes de la Nación- Departamento- Municipio	3.628.546.111,00	203.210.911,00	6
Recursos Propios	23.095.865.084,00	18.611.911.650,00	81
Otros conceptos	-	-	0
Vigencia Fiscal Año 2011 Comprendida entre el día 01 del mes 01 y el día 31 del mes 12			
Aportes de la Nación	203.214.911,00	0	0
Recursos Propios	28.236.775.234,00	28.468.178.783,00	101
Otros Conceptos	0	0	
Vigencia Fiscal Año 2012 Comprendida entre el día 01 del mes 01 y el día 29 del mes 02			
Aportes de la Nación	0	0	0
Recursos Propios	23.269.885.954,00	5.485.410.909,38	24
Otros Conceptos	0	0	0

Relacione por cada una de las vigencias fiscales cubiertas por el período entre la fecha de inicio de la gestión y la fecha de retiro o ratificación, los valores presupuestados, los efectivamente gastados y el porcentaje de ejecución.

GASTOS			
CONCEPTO	VALOR PRESUPUESTADO (Valores en pesos)	VALOR RECAUDADO (Valores en pesos)	PORCENTAJE DE EJECUCION
Vigencia Fiscal Año 2010 Comprendida entre el día 15 del mes 03 y el día 31 del mes 12			
FUNCIONAMIENTO	23.177.911.893,00	15.330.719.128,00	66
INVERSION	6.601.905.970,00	277.994.276,00	4
Otros conceptos	-	-	0
Vigencia Fiscal Año 2011 Comprendida entre el día 01 del mes 01 y el día 2 del mes 12			
Funcionamiento	26.911.779.234,00	25.677.453.730,00	95
Inversión	1.528.210.911,00	1.440.911.687,00	94
Otros Conceptos			
Vigencia Fiscal Año 2012 Comprendida entre el día 01 del mes 01 y el día 29 del mes 02			
Funcionamiento	20.359.297.509,00	5.727.908.081,11	28
Inversión	0	0	0
Otros Conceptos	2.910.588.445,00	1.402.546.006,01	48


DAGOBERTO BARRÍOS ORTEGA
 Asesor Presupuesto

76
369

8. CONTRATACIÓN:

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

Vigencia Fiscal Año 2010 Comprendida entre el día 15 del mes 03 y el día 31 del mes 12

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	OBJETOS CONTRACTUALES	Nº DE CONTRATACIONES EN PROCESO	Nº DE CONTRATACIONES EJECUTADAS	VALOR CONTRACTUAL
Contratación directa	PRESTACIONES DE SERVICIOS Y ASESORIAS	1	1426	10.323.224.684,00
	ARRENDAMIENTO DE BIENES INMUEBLES	0	1	1.829.280,00
	MANTENIMIENTO, REPARACION, MEJORAS Y/O ADECUACIONES	0	25	525.929.176,00
	INTERVENTORIA	0	1	2.640.000,00
	COMODATO	0	1	23.000.000,00
	PUBLICIDAD	0	9	44.279.748,00
	SUMINISTROS	0	55	3.149.917.896,00
	COMPRAS	0	7	223.305.641,00
	OTROS	0	33	920.531.700,00
Convocatoria Pública	PRESTACIONES DE SERVICIOS Y ASESORIAS	-	-	0,00
	ARRENDAMIENTO DE BIENES INMUEBLES	-	-	0,00
	MANTENIMIENTO, REPARACION, MEJORAS Y/O ADECUACIONES	0	2	39.500.000,00
	INTERVENTORIA	-	-	0,00
	COMODATO	-	-	0,00
	PUBLICIDAD	-	-	0,00
	SUMINISTROS	-	-	0,00
	COMPRAS	-	-	0,00
	OTROS	0	2	57.341.000,00
Proceso Licitatorio		0	1	753.410.000,00
TOTALES		1	1563	16.064.909.125,00

[Handwritten signature]

17 368

Vigencia Fiscal Año 2011_ Comprendida entre el día 01 del mes 01 y el día 31 del mes 12

MÓDULO DE CONTRATACION	TIPO DE CONTRATACION	Nº DE CONTRATOS EN PROCESO	Nº DE CONTRATOS EJECUTADOS	VALOR (MILLONES DE DÓLARES)
Contratación directa	PRESTACIONES DE SERVICIOS Y ASESORIAS	0	1235	10.587.881.568,36
	ARRENDAMIENTO DE BIENES INMUEBLES	0	1	1.572.723,00
	MANTENIMIENTO, REPARACION, MEJORAS Y/O ADECUACIONES	0	11	222.937.168,00
	INTERVENTORIA	0	2	37.320.779,00
	COMODATO	-	-	0,00
	PUBLICIDAD	0	2	1.450.000,00
	SUMINISTROS	0	109	2.617.976.252,28
	COMPRAS	0	7	103.489.980,00
	OTROS	0	47	776.992.620,22
Convocatoria Pública	PRESTACIONES DE SERVICIOS Y ASESORIAS	1	0	519.535.166,00
	ARRENDAMIENTO DE BIENES INMUEBLES	-	-	0,00
	MANTENIMIENTO, REPARACION, MEJORAS Y/O ADECUACIONES	0	3	724.891.516,00
	INTERVENTORIA	-	-	0,00
	COMODATO	-	-	0,00
	PUBLICIDAD	1	0	4.000.000,00
	SUMINISTROS	0	9	2.736.531.895,00
	COMPRAS	0	2	139.992.512,00
	OTROS	0	1	91.434.100,00
Proceso Licitatorio	SUMINISTROS	0	1	1.405.607.230,80
TOTALES		2	1430	19.971.613.510,66

E

[Handwritten Signature]

Vigencia Fiscal Año 2012 Comprendida entre el día 01 del mes 01 y el día 31 del mes 03

Modalidad de Contratación	Descripción de los Bienes y/o Servicios	Nº de Bienes y/o Servicios	Nº de Proceso Licitatorio	Valor Total
Contratación directa	PRESTACIONES DE SERVICIOS Y ASESORIAS	469	6	4.238.550.769,40
	ARRENDAMIENTO DE BIENES INMUEBLES	1	-	1.744.529,00
	MANTENIMIENTO, REPARACION, MEJORAS Y/O ADECUACIONES	10	-	132.707.430,00
	INTERVENTORIA	-	-	0,00
	COMODATO	1	-	1.794.529,00
	PUBLICIDAD	-	-	0,00
	SUMINISTROS	16	-	936.234.772,00
	COMPRAS	-	-	0,00
	OTROS	7	-	71.108.496,00
Convocatoria Pública	PRESTACIONES DE SERVICIOS Y ASESORIAS	-	-	0,00
	ARRENDAMIENTO DE BIENES INMUEBLES	-	-	0,00
	MANTENIMIENTO, REPARACION, MEJORAS Y/O ADECUACIONES	-	-	0,00
	INTERVENTORIA	-	-	0,00
	COMODATO	-	-	0,00
	PUBLICIDAD	-	-	0,00
	SUMINISTROS	1	-	81.000.000,00
	COMPRAS	-	-	0,00
OTROS	-	-	0,00	
Proceso Licitatorio		-	-	0,00
TOTALES		505	6	5.463.140.525,40


NANCY ROCIO RODRIGUEZ
 Asesora Contratación

19
266

9. REGLAMENTOS Y MANUALES:

Relacione a la fecha de retiro, separación del cargo o ratificación, los reglamentos internos y/o manuales de funciones y procedimientos vigentes en la entidad.

NIVEL	PROCESO	COD-S	SUB PROCESOS	COD-P	PROCEDIMIENTOS	
DIRECCIONAMIENTO Y AUTOEVALUACION	GESTION GERENCIAL Y ESTRATEGICA (GE)	GE-S1	GERENCIA	GE-S1P1	Auditoria a la Facturación por Evento	
				GE-S1P2	Elaboración de Actos Administrativos	
		GE-S2	PLANEACION	GE-S2P1	Elaboración del Plan de Desarrollo	
				GE-S2P2	Elaboración del Plan de Gestión	
				GE-S2P3	Elaboración del Plan Bienal de Inversiones	
				GE-S2P4	Elaboración del Plan de Acción Institucional	
				GE-S2P5	Elaboración de Planes de Acción por Dependencias	
				GE-S2P6	Elaboración de Proyectos de Inversión	
				GE-S2P7	Seguimiento y Ajuste a Planes	
		GE-S3	MERCADEO	GE-S3P1	Plan Estratégico de Mercadeo Institucional	
				GE-S3P2	Renovación de Contratos con EPSS	
				GE-S3P3	Branding Corporativo	
				GE-S3P4	Marketing de Servicios	
				GE-S3P5	Apoyo Medios Digitales	
				GE-S3P6	Venta de Servicios a Empresas	
		GE-S4	COMUNICACIONES	GE-S4P1	Diseño del plan de comunicaciones	
				GE-S4P2	Diseño del Plan de Medios	
				GE-S4P3	Acceso a los Medios de Comunicación	
				GE-S4P4	Capacitación a Medios de Comunicación	
				GE-S4P5	Organización y Ejecución de Ruedas de Prensa	
				GE-S4P6	Revisión y Actualización de Medios Audiovisuales	
				GE-S4P7	Actualización de Pagina Web y Carteleras Corporativas	
		GE-S5	DEFENSA JUDICIAL	GE-S5P1	Defensa Judicial	
				GE-S5P2	Tramite de Demandas	
				GE-S5P3	Tramite de Tutelas	
				GE-S5P4	Tramites de Derechos de Petición	
		GARANTIA DE LA CALIDAD (GC)	GC-S1	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	GC-S1P1	Identificación, Validación, y Seguimiento de Documentos
					GC-S1P2	Seguimiento a Indicadores de Calidad
			GC-S2	GESTIÓN HABILITACION	GC-S2P1	Autoevaluación Sistema Único de de Habilitación (SUH)
			GC-S3	PAMEC	GC-S3P1	Ejecución del documento PAMEC

20

MISIONAL	CONTROL INTERNO (CI)	GC - S4	SEGURIDAD DEL PACIENTE	GC - S4P1	Rondas de Seguridad del Paciente
				GC - S4P2	Análisis y Seguimiento de Eventos adversos y fallas de Calidad.
		GC - S5	GESTIÓN DE ACREDITACIÓN	GC - S5P1	Autoevaluación estándares de Acreditación
		GC - S6	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	GC - S6P1	Plan Anual de Auditorías de Calidad
				GC - S6P2	Auditoría al SGC
		GC - S7	APRENDIZAJE INSTITUCIONAL	GC - S7P1	Retroalimentación de los Resultados de Calidad
		CI - S1	GESTION DEL CONTROL INTERNO	CI - S1P1	Elaboración del Plan de Acción de Control Interno
				CI - S1P2	Evaluación Sistema de Control Interno
	CI - S1P3			Evaluación y Seguimiento al Plan de Mejoramiento por Proceso	
	CI - S1P4			Fomento de la Cultura del Control	
	CI - S1P5			Gestión con Entes Externos	
	CI - S1P6			Evaluación de la Administración del Riesgo	
	CI - S1P7			Elaboración del Mapa de Riesgos	
	CI - S1P8			Auditoría Interna	
	SA - S1	MEDICINA GENERAL	SA - S1P1	Gestión Administrativa	
			SA - S1P2	Atención por Medicina General	
			SA - S1P3	Referencia desde los Servicios Ambulatorios	
		SA - S2	ODONTOLOGIA	SA - S2P1	Gestión Administrativa
				SA - S2P2	Atención Odontológica
		SA - S3	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	SA - S3P1	Odontología no pos
	EIC - S1	DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA	EIC - S1P1	Gestión Administrativa	
			EIC - S1P2	Atención Intramural	
			EIC - S1P3	Atención Extramural	
			EIC - S1P4	Demanda Inducida	
		EIC - S2	IAMI	EIC - S2P1	Estrategia IAMI
		EIC - S3	PROGRAMAS ESPECIALES	EIC - S3P1	Gestión del Programa Salud Familiar 80/20
		EIC - S4	RIESGO CARDIOVASCULAR	EIC - S4P1	Programa de Atención y Manejo del Riesgo Cardiovascular
	EIC - S5	CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS	EIC - S5P1	Gestión de Contratos Inter administrativos	
	SU - S1	GESTION DEL SERVICIO DE URGENCIAS	SU - S1P1	Gestión Administrativa del servicio de Urgencias	
			SU - S1P2	Entrega y Recibo de Turno	
SU - S1P3			Atención del Servicio de Urgencias		
SU - S1P4			Administración de Medicamentos		
SU - S1P5			Código Azul		
SU - S1P6			Referencia y Contrarreferencia		
SU - S2		TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	SU - S2P1	Gestión Administrativa	
			SU - S2P2	Atención de Transporte Asistencial Básico	
			SU - S2P3	Entrega y recibo de Turno	

8

21 764

APOYO	SERVICIOS HOSPITALARIOS (SH)	SH-S1	HOSPITALIZACION BAJA COMPLEJIDAD	SU - S2P4	Administración de Medicamentos
				SH - S1P1	Gestión administrativa del servicio de hospitalización
				SH - S1P2	atención del Servicio de Hospitalización
				SH - S1P3	Entrega y recibo de turno
				SH - S1P4	Plan de Cuidado
				SH - S1P5	Referencia y contrarreferencia
		SH-S2	OBSTETRICIA DE BAJA COMPLEJIDAD	SH - S2P1	Gestión Administrativa
				SH - S2P2	Atención del Servicio de Obstetricia
				SH - S2P3	Entrega y Recibo de Turnos
				SH - S2P4	Referencia y Contrarreferencia Alto Riesgo Obstétrico (ARO)
				SH - S2P5	Administración de Medicamentos
		APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO (ADT)	ADT-S1	IMAGENOLOGIA	ADT - S1P1
	ADT - S1P2				Imágenes Diagnosticas RX
	ADT - S1P3				Imágenes por Ecografías
	ADT - S2		LABORATORIO CLINICO	ADT - S2P1	Toma, Transporte y Recepción de Muestras
				ADT - S2P2	Procesamiento y Entrega de Resultados
	ADT-S3		LABORATORIO DE CITOLOGIAS	ADT-S3P1	Toma, Análisis y Entrega de Citologías
	ADT-S4		SOPORTE TERAPEUTICO	ADT - S4P1	Elaboración de cuentas de medicamentos
				ADT - S4P2	Interventoria
	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (VE)	VE-S1	MONITOREO CLINICO EPIDEMIOLOGICO	VE - S1P1	Diseño del plan de trabajo anual.
				VE - S1P2	Ejecución del SIVIGILA
				VE - S1P3	Seguimiento a eventos de interés en salud publica
				VE - S1P4	Unidades de análisis
				VE - S1P5	Informes a entes territoriales, EPS e internos
				VE - S1P6	Autocontrol de productos del SIVIGILA
				VE - S1P7	Seguimiento a estrategias de búsqueda activa
				VE - S1P8	Seguimiento a eventos centinelas
				VE - S1P9	Boletines epidemiológicos
	SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIU)	SIU-S1	LINEA DE FRENTE	SIU - S1P1	Capacitación al usuario
				SIU - S1P2	Ejecución de encuestas
				SIU - S1P3	Orientación al Usuario
		SIU-S2	MONITOREO DE SERVICIOS	SIU - S2P1	Administración de Buzones
				SIU - S2P2	Gestión de Quejas
SIU-S3		PARTICIPACION CIUDADANA	SIU - S3P1	Reuniones de Socialización y Capacitación a la Comunidad	
GESTION FINANCIERA (GF)	GF-S1	PRESUPUESTO	GF - S1P1	Ejecución presupuestal de gastos	
			GF - S1P2	Ejecución presupuestal de ingresos	
			GF - S1P3	Planeación presupuestal	

9

			GF - S1P4	Créditos y contra créditos, adiciones presupuestales por convenios (CONFIS)	
	GF-S2	CARTERA	GF - S2P1	Cobro de la cartera	
			GF - S2P2	Conciliación de cartera	
			GF - S2P3	Tramite y gestión de glosas	
	GF-S3	COSTOS	GF - S3P1	Costos por unidades producidas	
	GF-S4	CONTABILIDAD	GF - S4P1	Conciliación financiera	
			GF - S4P2	Cuentas por pagar	
			GF - S4P3	Elaboración de informes	
			GF - S4P4	Cierre contable	
			GF - S4P5	Cierre vigencia	
	GF-S5	FACTURACION	GF - S5P1	Parametrización de contratos Legalizados	
			GF - S5P2	Parametrización de Contratos Sin Legalizar	
			GF - S5P3	Facturación servicios ambulatorios	
			GF - S5P4	Facturación consulta externa y zona rural	
			GF - S5P5	Facturación promoción y prevención	
			GF - S5P6	Facturación higiene oral extramural	
			GF - S5P7	Odontología intramural	
			GF - S5P8	Facturación de urgencias	
			GF - S5P9	Facturación partos	
			GF - S5P10	Armado de cuentas	
			GF - S5P11	Elaboración de facturas de venta	
			GF - S5P12	Revisión administrativa a la facturación	
			GF - S5P13	Anulación de facturas	
			GF - S5P14	Entrega de Turnos	
			GF - S5P15	Admisiones	
	GF-S6	TESORERIA	GF - S6P1	Caja menor	
			GF - S6P2	Pago a terceros	
			GF - S6P3	Recaudos por tesorería	
GESTION DEL TALENTO HUMANO (GTH)	GTH-S1	ADMINISTRACION DE PERSONAL	GTH - S1P1	Selección, vinculación y desvinculación de personal	
			GTH - S1P2	Vinculación de personal de carrera administrativa	
			GTH - S1P3	Novedades de personal	
			GTH - S1P4	Liquidación de nómina	
			GTH - S1P5	Inclusión social	
	GTH-S2	DESARROLLO INSTITUCIONAL	GTH - S2P1	Plan institucional de capacitaciones	
			GTH - S2P2	Evaluaciones de desempeño	
			GTH - S2P3	Comisión de personal	
			GTH - S2P4	Bienestar social	
			GTH - S2P5	Inducción	
			GTH - S2P6	Re inducción	
	GTH-S3	PROGRAMAS DE EXTENSION	GTH - S3P1	Convenios docencia de servicios	
	GESTION DE	GBS-	CONTRATACION	GBS - S1P1	Contratación de Personal

4

23/30

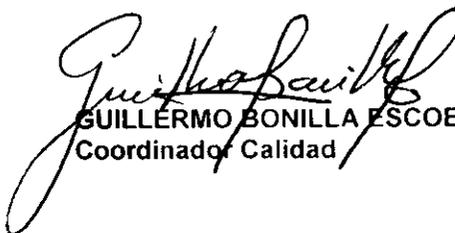
BIENES Y SERVICIOS (GBS)	S1		GBS - S1P2	Contratación sin formalidades plenas	
			GBS - S1P3	Contratación directa	
			GBS - S1P4	Convocatoria publica	
			GBS - S1P5	Licitación publica	
			GBS - S1P6	Interventoría	
			GBS - S1P7	liquidación de Contratos	
	GBS-S2	ALMACEN	GBS - S2P1	Adquisición, Almacenamiento y Entrega de Activos Fijos	Recepción, y Entrega de
			GBS - S2P2	Adquisición, Almacenamiento, y Suministros	Recepción, y Entrega de
			GBS - S2P3	Inventarios	
			GBS - S2P4	Ingresos y Salidas de Insumos y suministros por Contratos inter administrativos	
			GBS - S2P5	Faltantes y sobrantes de suministros	
			GBS - S2P6	Suministros de Zonas	
			GBS - S2P7	Transporte de Suministros	
			GBS - S2P8	Transporte y distribución de Activos Fijos	
			GBS - S2P9	Comodatos entregados a Terceros	
			GBS - S2P10	Baja de Activos Fijos	
	GBS-S3	INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS	GBS - S3P1	Plan Anual de Mantenimiento	
			GBS - S3P2	Mantenimiento preventivo (calibración de equipos)	
			GBS - S3P3	Mantenimiento correctivo	
			GBS - S3P4	Lavado De Tanques	
	GBS-S4	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	GBS - S4P1	Avances	
			GBS - S4P2	Procesos Disciplinarios	
			GBS - S4P3	Resolución de Comisión	
			GBS - S4P4	Avances	
			GBS - S4P5	Revisión por Zonas	
			GBS - S4P6	Rondas Administrativas	
	TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACIÓN (TIC)	TIC-S1	SISTEMAS INFORMATICOS	TIC - S1P1	Administración de Sistemas de Información
				TIC - S1P2	Administración de la base de datos de Usuarios
				TIC - S1P3	Soporte técnico de recursos Informáticos
				TIC - S1P4	Administración de servicios Web
				TIC - S1P5	Auditorias gestión Informática
				TIC - S1P6	Seguridad de la Información
		TIC-	GESTION DE DATOS	TIC - S2P1	Generación de Informes

9

GESTION DE SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE (SOA)	S2	ESTADISTICOS	TIC - S2P2	Certificado de nacidos vivos y defunciones On line
	TIC- S3	GESTION DOCUMENTAL	TIC - S2P1	Transferencia Documental
			TIC - S3P2	Consulta y préstamo de documentos
			TIC - S3P3	Administración Historias Clínicas
			TIC - S3P4	Baja de documentos
	SOA- S1	SALUD OCUPACIONAL	SOA - S1P1	Conformación comité paritario de salud ocupacional
			SOA - S1P2	Funcionamiento comité paritario de salud ocupacional
			SOA - S1P3	Reporte de accidentes e incidentes de trabajo
			SOA - S1P4	Panorama de riesgos en salud ocupacional
			SOA - S1P5	Exámenes ocupacionales
			SOA - S1P6	Planes de emergencia
			SOA - S1P7	OHSAS
	SOA- S2	GESTION AMBIENTAL	SOA - S2P1	Aseo y desinfección de áreas menos peligrosas
			SOA - S2P2	Aseo y desinfección de áreas peligrosas
			SOA - S2P3	Desactivación baja eficiencia
			SOA - S2P4	Segregación en la Fuente
			SOA - S2P5	Segregación, Almacenamiento y Aprovechamiento de Reciclables
SOA - S2P6			Lavado de Ropa Hospitalaria	
SOA - S2P7			Limpieza de Techos, Canaletas y Fachadas	

NOTA: Estos documentos se aprobaron mediante **Resolución 396** del 27 de diciembre de 2011 "Por la cual se actualiza el mapa de procesos y procedimientos de la ESE Carmen Emilia Ospina dentro del marco del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, Sistema de Gestión de Calidad y Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad".

Igualmente la empresa cuenta con los manuales de funciones, manual de cartera y demás reglamentos necesarios para la operación de la empresa, los cuales están en proceso de la nueva codificación y aprobación dentro del sistema de calidad, para llevar el control de dichos documentos.


GUILLERMO BONILLA ESCOBAR
 Coordinador Calidad

4

25
310

10. CONCEPTO GENERAL:

Concepto General Gestión del funcionario que se retira, se separa del cargo o lo ratifican, en forma narrada máximo en dos hojas, sobre la situación administrativa y financiera cumplida durante el periodo comprendido entre la fecha de inicio de su gestión y la de su retiro o ratificación.

La gestión desarrollada en el periodo de Marzo de 2.010 a Marzo de 2.012, es altamente positiva tanto en lo misional, como en lo administrativo y financiero:

En lo misional se trabajó por prestar servicios con calidad y mejorar el acceso, lo cual se demuestra con los indicadores de oportunidad en la prestación de servicios así:

La oportunidad es el tiempo que se demora entre la solicitud que hace un paciente de un servicio de salud y el momento que se le presta este servicio. Dentro del Plan de Desarrollo se encuentra contemplado la garantía en la oportunidad para la prestación de los servicios con unos estándares que se han venido superando; igualmente dentro de nuestra visión propuesta es la de ser la mejor empresa del Surcolombiano, por lo cual es necesario comparar el desempeño y oportunidad en la prestación de los servicios, con empresas a nivel nacional, como se presenta a continuación:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA OPORTUNIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS 2010-2011

INDICADOR	MAXIMO ACEPTABLE		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
	2010	2011	2010	2011	feb-11
Oportunidad consulta externa medicina General (días)	5	5	4,2	4,5	2
Oportunidad consulta externa odontología (días)	5	5	3,7	3,75	1,52
Oportunidad en Urgencias (minutos)	30	30	45,9	54,2	98
Tasa de satisfacción global	87,0%	87,0%	97,5%	96,5%	95,6
Tasa de Infección intrahospitalaria	5x100 hospi	5x100 hospi	0	0	0

Fuente: oficina de Calidad ESE

Como nos podemos dar cuenta la ESE Carmen Emilia Ospina, supera ampliamente los promedios de oportunidad en la prestación de servicios que se consideran aceptables a nivel nacional y se aprecia un permanente mejoramiento continuo en la oportunidad en la prestación de servicios: La oportunidad en consulta externa que en el 2.010 estaba en 4.2 días a Febrero de 2.012 presenta una oportunidad de 2 días, frente a un nivel aceptable de 5 días

La oportunidad de consulta odontológica supera los promedios aceptables nacionales de 5 días, es así que en el 2.010 se ubicó en 3.7 días, con las mismas tendencias en el 2.011 y a febrero de 2.012 se ubica en 1.52 días.

La oportunidad en urgencias está por encima del estándar nacional, no obstante contar la empresa con cuatro (4) centros de atención de urgencias, es así que el estándar nacional se sitúa en 30 minutos y la oportunidad en la ESE para el año 2010 es de 45.9 minutos y en el 2.011 54.2 minutos. Para el 2.012, nos arroja una oportunidad promedio de 90 minutos, muy por encima de los promedios de años anteriores, debido al cambio de parámetros y medición con el nuevo sistema punto net, en el cual se ha corregido el parámetro para hacer evaluación mensual.

Dentro de la prestación de los servicios la percepción y satisfacción de los usuarios en la prestación de los servicios, es fundamental para el proceso de mejoramiento continuo, es así que la ESE tiene establecido y debidamente estructurado el sistema de información y atención al usuario SIAU, donde se monitorea en forma permanente la satisfacción de los usuarios, que ha

4

alcanzado niveles satisfactorios que superan los promedios a nivel nacional, es así que la satisfacción en el 2.010 y 2011 se ubica en 97.5% y 96.5% respectivamente y a febrero de 2.012 se mantiene en el 95.6%.

Para garantizar la prestación de servicio con seguridad y dentro de la política de seguridad para garantizar el 100% de la gestión de clínica segura, se decidió replantear la gestión de eventos adversos formalizando dos conceptos, la falla de calidad y el evento adverso comp tal; para tal fin se diseñó el formato de reporte con enfoque a la narrativa de los hechos y acciones inmediatas realizadas, este formato se envía a Garantía de la Calidad en donde el equipo de auditores de calidad analizan los hechos, revisan los soportes documentales (historia clínica) y concluyen si se trata o no de evento adverso; si se determina como tal, pasa a realizarse análisis con enfoque de protocolo de Londres; este análisis debe concluir con la determinación de evento adverso prevenible o no, y finaliza con las respectivas acciones de mejora que se acuerdan con los líderes de proceso para su posterior seguimiento.

La Institución a través de su sistema de gestión de calidad, en su soporte documental lo identifica bajo el código M-GC-03 la "Estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud", versión 1, vigente desde el 1 de septiembre de 2008, esta herramienta tiene como eje central la gestión de eventos adversos.

En el año 2010 se elaboró un documento denominado "ATENCIÓN HUMANIZADA COMO EJE DE LA SEGURIDAD DE PACIENTES" para adoptarlo como POLÍTICA INSTITUCIONAL, la cual requiere de mayor despliegue ya que a la fecha se está desarrollando a través de Rondas de seguridad, gestión de eventos adversos y fallas de calidad, pero que por la importancia que reviste, requiere mayor divulgación y desarrollo.

En el año 2011 se realizó el análisis mensual de los reportes de posibles eventos adversos o fallas de calidad, se clasificaron y se sometieron a análisis por protocolo de Londres, para identificar causas y realizar planes de mejoramiento individual o por proceso

En lo financiero se deja una empresa sólida como lo demuestran los indicadores financieros

INDICADORES FINANCIEROS

INDICADOR	FEB. 20		2,010	2,009	OBSERVACION
	12	2,011			
CAPITAL NETO DE TRABAJO	7.135.8	6.394.2	7.507.2	7.384.8	La empresa cuenta con un capital de trabajo de \$7.135.8 millones para desarrollar su objeto social.
RAZON LIQUIDEZ	3.0	3.2	2.6	6.2	Por cada peso que la empresa debe a corto plazo cuenta con \$3.0 disponibles para cancelarlos
ENDEUDAMIENTO TOTAL	16.8%	14.3%	6.64%	7.53%	Del total de los activos de la empresa, se encuentran comprometidos con terceros el 16.8%, que corresponden al normal funcionamiento de la entidad
% DEUDORES EN ACTIVO CORRIENTE	36.6%	31.0%	43.3%	61.5%	La cuenta deudores representa el 36.6% del total de los activos corrientes
MARGEN UTILIDAD NETA	19.6%	0.12%	0.20%	-6.80%	El margen neto de utilidad de la empresa a 29 de febrero de 2012 es del 19.6%
(GASTO + COSTOS) / INGRESOS TOTALES	80.4%	99.9%	99.8%	106.5%	Los costos y gastos de la empresa representan el 80.4% del valor total de los ingresos a febrero de 2012, indicador que por debajo de la línea base de 2.009
ROTACION DE CARTERA	3.66	3.33	2.43	2.95	La cartera se recupera en su totalidad 3.66 veces en el año, situación que ha venido mejorando en forma continua
PERIODO PROMEDIO DE COBRO	98	108	148	122	El promedio de rotación de cartera a febrero de 2012 es de 98 días, disminuyendo de la línea base.

Fuente: Oficina Financiera ESE

9

27
318

Como nos podemos dar cuenta en el ámbito financiero la gestión es altamente positiva, pues se logró cumplir con la principal estrategia la cual era lograr el equilibrio financiero, es así que de un déficit de \$1.400 millones en el 2.009, se logró equilibrar la empresa con excedentes de \$34 millones en el 2.010 y 29 millones en el 2.011 y a Febrero 29 de 2.012 se presentan unos excedentes de \$739 millones. Igualmente en la ejecución del presupuesto para el año 2011, se presentó un superávit presupuestal con una ejecución de ingresos que alcanzó el 100.1%

Es importante destacar que una de las estrategias principales definidas en el plan de desarrollo, era lograr el equilibrio financiero de la Empresa, toda vez, que en el 2009 la Empresa presentó un resultado negativo de 1494 millones de pesos. Para tal efecto se realizaron las siguientes actividades: Circular 111 de fecha 28 DE Octubre de 2-010, donde se solicita a todo nivel austeridad en el gasto; se efectuaron los ajustes de honorarios y se definió nueva escala para la contratación de personal; mediante Resoluciones No. 064 Y 066 del 5 de Mayo de 2.010, se crearon los comités de compras, contratación y activos fijos, los cuales vienen operando; se revisó y ajustó los contratos de compra de insumos en busca de mejores tarifas. Todas estas actividades en su conjunto permitieron lograr el equilibrio financiero y generar excedentes en las vigencias fiscales del 2.010 y 2011.

De conformidad con los indicadores propuestos en el plan de gestión acorde con la Resolución 473 de 2.008, se presenta los resultados de dichas indicadores en el presente cuadro:

49

298
307

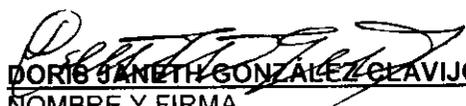
MATRIZ DE CALIFICACIÓN - RESULTADOS LINEA BASE A DICIEMBRE 31 DE 2.010 Y DICIEMBRE 2011

ÁREA	INDICADOR	LINEA BASE DIC 2009	META DIC. 2010	LÍNEA DE BASE (Resultado del periodo inmediatamente anterior) DIC. 31 DE 2.010	META DIC 2011	RESULTADO DEL PERÍODO EVALUADO DIC 2011	VARIACION OBSERVADA (Resultado - Línea de base)
GESTIÓN DIRECTIVA Y ESTRATEGICA (50%)	Porcentaje de cumplimiento del plan estratégico de desarrollo operativo	57%	95%	80,00	100%	88,00	8,00
	Equilibrio financiero operacional ajustado (pesos)	-3.213.929.512,79	Disminuir déficit a \$1.000 millones	-732.361.219,00	Lograr el equilibrio financiero	219.641.569,00	952.002.788,00
	Equilibrio o déficit presupuestal de la vigencia (pesos)	-9.094.836.738,00	Disminuir el déficit a \$6.000 millones	-3.578.941.942,00	Disminuir el déficit a \$4.000 millones	-3.738.180.915,00	-156.238.973,00
	Porcentaje de participación de los ingresos provenientes de la venta de servicios de salud en la financiación de la entidad	97%	98%	99,00	97%	95,46	3,54
	Razonabilidad de estados Financieros	Razonables	Razonables	Opinión limpia de los estados financieros	Razonables	Opinión limpia de los estados financieros	NA
	Cumplimiento en el reporte de la información del Decreto 2193 de 2004	Información oportuna, completa, confiable y coherente	Pleno cumplimiento	Pleno cumplimiento	Pleno cumplimiento	Pleno cumplimiento	NA
	Calificación de la Gestión del control interno	Porcentaje de implementación de MECI de 98%	100%	100%	100%	88%	0,15
	Procesos judiciales contestados dentro del término legal (incluidas las tutelas)	Totalidad de los procesos judiciales y tutelas contestados dentro del término legal	100%	100%	100%	86,7%	NA
GESTIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (40%)	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (días)	1,87 días	5	4,23	3	4,50	0,27
	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias (minutos)	50,9 minutos	45	45,9	38	54,2	8,30
	Proporción de vigilancia de eventos adversos	100% de eventos adversos gestionados	100%	100% De eventos vigilados SI reporta información	100%	100% De eventos vigilados SI reporta información	NA
	Porcentaje de satisfacción de los usuarios. Porcentaje	97,90%	92%	97,50	98%	96,50	-1,00
	**Certificación del cumplimiento de requisitos de habilitación	Servicios Certificados al 100%	100%	Servicios Certificados al 100%	100%	Servicios Certificados al 100%	NA
GESTIÓN ADMINISTRATIVA (10%)	Monto de la deuda de salarios superior a un (1) mes	No hay deuda	0	No hay deuda	0	No hay deuda	NA
	Monto de la deuda de aportes a seguridad social (pesos)	No hay deuda	0	No hay deuda	0	No hay deuda	NA
	Monto de la deuda de parafiscales (pesos)	No hay deuda	0	No hay deuda	0	No hay deuda	NA
	Número de accidentes de trabajo GESTIONados durante la vigencia	100% Reportados y Gestionados	100%	100% Reportados y Gestionados	100%	100% Reportados y Gestionados	NA
	Fenecimiento de la cuenta	Cuenta fenecida	SI fenecida	SI fenecida	SI fenecida	SI fenecida	NA
	Monto de la deuda a contratistas o terceros superior a un (1) mes (pesos)	No hay deuda	0	No hay deuda	0	No hay deuda	NA

21

En lo administrativo los objetivos del plan de desarrollo fueron transversalizados por el Sistema Integrado de Gestión de Calidad, promovidos desde el Gobierno Nacional como una política de Estado en el Mejoramiento de la capacidad institucional, donde se logró la reevaluación de los procesos y la actualización de los procedimientos con la integración del sistema de garantía de calidad, con MECI y la norma de calidad OHSAS 18000, lo cual está un gran porcentaje implementada para buscar la certificación. Igualmente es de resaltar la realización de la primera ejecución en la autoevaluación de acreditación, lo que permitirá definir la ruta a seguir para buscar la acreditación de la institución en el mediano plazo.

11. FIRMA:


DORIS JANETH GONZALEZ CLAVIJO
NOMBRE Y FIRMA
FUNCIONARIO SALIENTE, RESPONSABLE
(Titular o representante Legal)

(*) FUENTE: Ley 951 de 2005 y articulado de la presente resolución orgánica.

9

RELACIÓN AZ GERENCIA E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA

1. PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA MEMORANDO DE ADVERTENCIA CARTERA 2009: 1 AZ
2. PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA 2009: 1 AZ
3. PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA 2008: 1 AZ
4. COPIAS OPS: 2 AZ
5. RESPUESTA CONTRALORIA 2010: 2 AZ
6. BORRADORES CASOS EPS Y SSMPAL: 1 AZ
7. GESTION CARTERA ESE : 2 AZ
8. ACTAS LIQUIDACION: 1 AZ
9. COPIAS CONTRATOS PS: 3 AZ
10. COPIAS ORDENES COMPRA: 1 AZ
11. ESTUDIOS PREVIOS 2010: 1 AZ
12. PRESUNTAS IRREGULARIDADES PROCESOS 03/09
13. COPIAS ORDENES DE SEVICIOS: 1 AZ
14. PROCESO YENIFER DEL PILAR GONZALEZ
15. YOLANDA NINCO
16. GUSTAVO BAHAMON
17. NILSA DURBY
18. RUBERTYN LEMUS
19. NURY MEDINA BARRETO
20. JAIRO AMAYA Q.
21. YAMID ARANGO
22. MARCO FIDEL VELASQUEZ
23. BLANCA ROCIO CABRERA
24. ANDRES FELIPE RONDON- ALBERTO MINAS
25. CARMEN CRISTINA ORTIZ- WILSON P
26. YINETH MORA
27. FRANCY COLLAZOS
28. JOSE VICENTE BARRERO
29. SSDPTAL CASOS
30. EMILSE EVETH PEÑA
31. NORBERTO CASTRO CASTAÑEDA
32. VICENTE QUESADA
33. YURANY GALEANO- OCTAVIO
34. JAIR AMAYA
35. HENRY MOSQUERA
36. JOAQUIN EMILIO DE JESUS ROCHA
37. MARTHA LUCIA LOZANO
38. CARLOS GUTIERREZ
39. ASTRID CAROLINA SANCHEZ
40. LUZ MARINA REYES
41. CLARA ANDRADE
42. ELIZABETH CORTES
43. MARTHA BARRERO

44. OSCAR MAURICIO PAREDES
45. PRISCILA NINCO
46. CARLOS CUELLAR
47. NIDIA ALVAREZ
48. FABIOLA SUPELAO
49. CLAUDIA CRUZ
50. SONIA C. GUTIERREZ
51. MARIA INES MORALES
52. RUBIELA CANGREJO
53. IRMA SANCHEZ
54. RAQUEL ALICIA CORTES
55. OLGA LUCIA CORREDOR
56. SUPERSALUD ANILLADO
57. COMITÉ CONCILIACIONES 2010, 2011: 4 AZ
58. COMITÉ CONCILIACIONES 2009: 2AZ
59. COMITÉ CONCILIACIONES 2010
60. PROCURADURIA VISITA : 2 AZ
61. SOPORTES PLAN CONTINGENCIA: 3 AZ
62. DENGUE: 1 AZ
63. HOJA DE VIDA EQUIPOS: 8AZ
64. REC. CARTERA : 2 AZ
65. TUTELAS : 1AZ
66. SOLICITUD CONCILIACIONES EXTRAJUDICIALES: 2AZ
67. LIBRO DE ACTAS: 1 AZ
68. ACTAS JUNTA DIRECTIVA 2010: 3 AZ
69. ACTAS JUNTA DIRECTIVA 2011: 3 AZ
70. ACTAS JUNTA DIRECTIVA 2012: 1 AZ
71. RESOLUCIONES AÑO 2010: 2 AZ
72. RESOLUCIONES AÑO 2011: 3 AZ
73. ACUERDOS 2010: 1 AZ
74. ACUERDOS JUNTA DIRECTIVA 2011: 1 AZ
75. ACUERDOS JUNTA DIRECTIVA 2012: 1 AZ
76. PROCESOS DE CARTERA: 1 AZ
77. PROCESOS DE HABILITACION 2011: 1 AZ
78. PROCESOS DE BAJAS ALMACEN TOMO 1: 1AZ
79. CARTERA Y FACTURACION 2011: 1 AZ
80. RESOLUCIONES 2012: 1 AZ
81. PROYECTO CAIMI 2010: 1 AZ
82. PLAN DE COMPRAS: 1 AZ
83. DEMANDAS 2011: 1 AZ
84. RESPUESTA PROCURADURIA 2011: 1 AZ
85. RECUPERACION CARTERA 2010-2011: 1AZ
86. INFORME AUDITORIA CONTROL INTERNO 2011: 1 AZ
87. ENTREGA INFORME MERCADEO 2011: 1AZ
88. INFORME CONSULTORIA DIAGNOSTICO ESTRATEGICO: 1 AZ
89. HABILITACION 1 : 1 AZ
90. HABILITACION 2: 1 AZ

- 91. HABILITACION 3: 1 AZ
- 92. HABILITACION 4: 1 AZ
- 93. HABILITACION 5: 1 AZ
- 94. HABILITACION 6: 1 AZ
- 95. PROCESOS JURIDICOS ORIGINAL 1: 1 AZ
- 96. PROCESOS JURIDICOS ORIGINAL 2: 1 AZ
- 97. COPIA PROCESOS JURIDICOS 1: 1 AZ
- 98. COPIA PROCESOS JURIDICOS 2: 1 AZ
- 99. PROCESOS JUDICIALES COPIA 2011: 1 AZ
- 100. INFORME DEL DECRETO 2193 : 1AZ
- 101. CORRESPONDENCIA CONTROL INTERNO 2011: 1 AZ
- 102. MESA DE TRABAJO PROBLEMÁTICA DE LA SALUD: 1 AZ
- 103. DOCUMENTOS CAPRECOM 2010: 1 AZ
- 104. GERENCIA INFORME DE INVESTIGACION URGENCIAS 2011: 1 AZ.

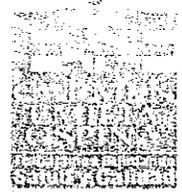
ANILLADOS

- 105. PROYECTO DE PRESUPUESTO VIGENCIA 2012: 1
- 106. INFORME SALUD OCUPACIONAL 2010: 1
- 107. EJECUCION PLAN DE COMPRAS 2009: 1
- 108. INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010: 1
- 109. PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012: 1
- 110. INFORME DE GESTION PRIMER SEMESTRE 2011: 1
- 111. ACUERDO 001 /2008 DE CONTRATACION: 2
- 112. PLAN DE GESTION MARZO 2010-2012 : 1
- 113. INFORME SALUD OCUPACIONAL MARZO, MAYO, SEPTIEMBRE 2010, JUNIO, OCTUBRE, NOVIEMBRE 2011.
- 114. REMISIÓN PRESUPUESTO APROBADO VIGENCIA 2012
- 115. DOCUMENTOS CAPRECOM
- 116. ANILLADO ADQUISICION DE UNIDAD MOVIL MEDICO ODONTOLOGICA.
- 117. MODELO DE ATENCION EN SALUD N.2
- 118. ENTREGA QUINTO INFORME ADICION No.2 CONVENIO #677 PROGRAMA SIN LIMITES (EN MEDIO FISICO Y MAGNETICO)
- 119. INFORME DIAGNOSTICO DEL SISTEMA NTC-OHSAS 18001 VERSION 2007
- 120. COPIA CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No.0246: 7
- 121. INFORME CONVENIO ENFERMEDADES CRONICAS ASOCIADAS AL RIESGO CARDIOVASCULAR JUNIO 1 2010, JUNIO 30 DE 2010
- 122. RIESGO CARDIOVASCULAR JULIO 1 AL 30 DE 2010
- 123. FICHAS TÉCNICAS DE ELEMENTOS MEDICOS QUIRURGICOS
- 124. PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2007-2011
- 125. PROYECTO DE ACUERDO DE PRESUPUESTO 2009

MUNICIPIO DE NEIVA

El punto por la unidad

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012



352
33

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2.010 – 2012

DORIS JANETH GONZALEZ CLAVIJO
Gerente

Junio de 2010

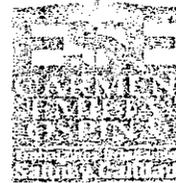


34

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

TABLA DE CONTENIDO

CONCEPTO	PAG
INTRODUCCIÓN	
1. OBJETIVOS	3
1.1 OBJETIVO GENERAL	3
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
2. MARCO NORMATIVO	4
3. ANALISIS SITUACIONAL DE LA E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA	6
3.1 Análisis Interno	6
3.1.1 Identificación e historia de la organización	6
3.1.2 Estructura Orgánica	6
3.1.3 Ubicación Geográfica	7
3.1.4 Población a Atender	8
3.1.5 Cultura Organizacional	9
3.1.6 Oferta de Servicios	10
3.1.6.1 Prestación de servicios de salud	11
3.1.7. Gestión Financiera y presupuestal	12
3.1.7.1 Gestión financiera	12
3.1.7.2 Gestión Presupuestal	18
3.1.7.3 Cartera	22
3.1.7.4 Facturación	23
3.1.7.5 Costos	23
3.1.8 Análisis Epidemiológico	23
3.1.8.1 Morbilidad en Consulta Externa	24



35 307
249

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

3.1.8.2 Morbilidad en urgencias	25
3.1.8.3 Morbilidad Observación	26
3.1.8.4 Morbilidad en Odontología	27
3.1.8.5 Hospitalización	28
3.1.9 Indicadores de Calidad	29
3.1.10 Implementación Sistema Obligatorio de Calidad	31
3.1.10.1 Sistema Único de Habilitación	31
3.1.10.2 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios PAMEC	33
3.1.10.3 Sistemas de Información	35
3.1.10.4 Sistema Único de Acreditación	36
3.2 Análisis del entorno	36
3.2.1 Entorno Geográfico	36
3.2.1 Entorno Demográfico	37
3.2.2 Entorno Económico y Social	38
3.2.3 Estructura del sector salud	39
3.2.4 Análisis de la Competencia	43
4. PLATAFORMA ESTRATEGICA	47
4.3 Principios Corporativos	48
5. FORMULACION DEL PLAN	50
5.2 Objetivos Generales	50
5.3 Plan General	51



36 349

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

ACUERDO No. 004 DE 2010

(18 JUN 2010)

" Por medio del Cual se aprueba el plan de desarrollo Institucional de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia ospina para el periodo 2010- 2012"

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA, en uso de sus atribuciones legales, en especial las contenidas en el Numeral 2, Artículo 11 del Decreto 1876 de 1.994 y en el Acuerdo No. 004 del 2.000 expedido por la Junta Directiva y,

CONSIDERANDO

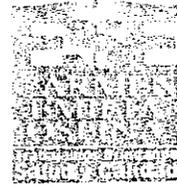
Que en el numeral 2 del Artículo 11 del Decreto 1876 de 1.994 y en el Numeral 2 del Artículo 19 del Acuerdo 004 del 28 de Febrero del 2.000, determina como función de la Junta Directiva la aprobación del plan de desarrollo de la institución.

Que es necesario aprobar el plan de desarrollo de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina para el periodo 2.010 -2012

En mérito a lo expuesto

ACUERDA

ARTICULO PRIMERO: Apruébese el plan de desarrollo de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina, para el periodo 2010 -2012 como se estructura a continuación:



322 348

INTRODUCCIÓN

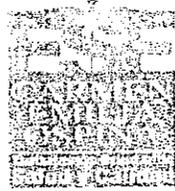
El presente Plan de Desarrollo Institucional de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina, para los años del 2010 al 2012, constituye una herramienta básica que orienta a la Gerencia para la toma de decisiones encaminadas a lograr los objetivos propuestos.

La primera fase del Plan se refiere a la definición de su Marco general y Jurídico que rige a las Empresas Sociales del Estado.

La Segunda fase, corresponde a la elaboración del Diagnostico Institucional, donde se realiza un análisis interno y del entorno de la Empresa, se identifican las oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades.

La tercera fase se refiere al Marco Estratégico Institucional, conformado por la Visión, la Misión y Principios Corporativos.

En la cuarta y última fase se determinan las dimensiones, programas y subprogramas, a seguir en los próximos años.



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Ajustar el Plan de Desarrollo Institucional 2010-2012, de tal manera que sea una herramienta para el proceso de saneamiento y encauzamiento de la empresa, que le permita adquirir la capacidad competitiva necesaria para permanecer en una forma exitosa dentro del mercado actual, al prestar servicios de salud con calidad.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Ajustar la plataforma estratégica
- Identificar y analizar las diferentes variables que permitan elaborar el diagnóstico situacional de la ESE
- Diseñar un plan de acción a partir del diagnóstico situacional orientándolo hacia la calidad del servicio y satisfacción del usuario
- Definir mecanismos que permitan el seguimiento, control y evaluación del plan propuesto
- Generar en el recurso humano el cambio de actitud y fomentar la cultura de la calidad y la promoción y fomento de la salud



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

2. MARCO NORMATIVO

Dentro del marco normativo, en forma general se enuncian las principales normas que inciden en la gestión de la Empresa así:

Constitución Política de Colombia [CPC] de 1991, artículos 1o, 2o, 4o, 5o, 7o, 11, 13, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 322, 336, 352, 353, 356 y 357.

Ley 100 de diciembre 23 de 1993, por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones: libro II, título I, sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 1122 de 2007 mediante la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema General de Seguridad social y se dictan otras disposiciones, el decreto 4747 de 2007 que reglamenta en aspectos de relaciones entre los actores y entre otros Decretos, Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y las demás normas reglamentarias de esta Ley.

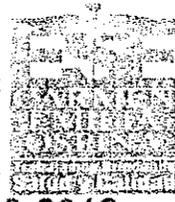
Ley 489 de 1998 establece como marco legal que: "Artículo 107. Convenios para la ejecución de planes y programas, con la periodicidad que determinen las normas reglamentarias, la Nación y las entidades territoriales podrán celebrar con todas las entidades descentralizadas del correspondiente nivel administrativo, para la ejecución de los planes y programas que se adopten conforme a las normas sobre planeación.

Ley 9 de 1979, Código Único Sanitario Nacional, que tiene total aplicabilidad en el sector en todos los capítulos y títulos que lo desarrollan.

Decreto 2150 de 1995: por el cual se suprimen algunos trámites en la administración pública; Ley 232 de 1995.

La Resolución 412 de 2000 y la Resolución 3384 de 2000 Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías para el desarrollo de las

405 378



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública

Decreto 1011 de 2006, el cual organiza el sistema obligatorio de garantía de calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1043 de 2006 Resolución 1445 de 2006 por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.

Resolución 1446 que define el Sistema de Información General en Salud,

Resolución 2181 de 2008 "Homologación del sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad para las IPS Públicas"

Decreto 2193 de 2004, Circular única de Supersalud de 2008.

Ley 87 de 1993, Control Interno, Decreto 1599 de 2005 por el cual se establece el Nuevo Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano

El Decreto 1876 del 03 de Agosto de 1.994 reglamenta lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado.

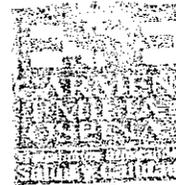
Ley 10 del 10 de Enero de 1.990

Ley 715 de Diciembre 21 de 2.001

Ley 734 del 5 de Mayo de 2002

Ley 909 de 23 Septiembre de 2004

Decretos 111 y 115 de Enero 15 de 1.996



401 314

3. ANALISIS SITUACIONAL DE LA E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA

3.1 Análisis Interno

3.1.1 Identificación e historia de la organización

La Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina, se encuentra ubicada en la ciudad de Neiva, capital del Departamento del Huila, nació jurídicamente el 30 de Diciembre de 1.999, creada mediante Decreto Número 472 emanado de la Alcaldía Municipal de Neiva, debidamente facultado por Acuerdo del Honorable Concejo Municipal, presta los servicios de salud de Primer Nivel de Complejidad en el Municipio de Neiva, área urbana y rural.

3.1.2 Estructura Orgánica

La Empresa Social del Estado "Carmen Emilia Ospina", según el Decreto 472 de 1.999 se organiza a partir de una estructura básica que incluye tres (3) áreas así:

- **DIRECCION:** Conformada por la Junta Directiva y el Gerente. Tiene como finalidad mantener la unidad de objetivos e interés de la organización en torno a la misión y objetivos empresariales, identificar las necesidades y expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender, definir la estrategia de servicios, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad, controlando su aplicación en la gestión institucional y las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la Empresa.



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

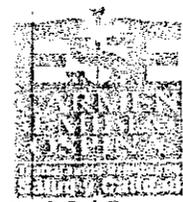
- **ATENCIÓN AL USUARIO:** Conformada por el conjunto de unidades orgánico – funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de servicios, con sus respectivos procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario. Comprende la definición de políticas institucionales de atención, el tipo de recursos necesarios para el efecto, las formas y características de la atención y la dirección y prestación del servicio.

- **DE LOGISTICA:** Comprenderá las unidades funcionales encargadas de ejecutar en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, financieros, físicos y de información, necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la Empresa y realizar el mantenimiento de la planta física y su dotación.

3.1.3 Ubicación Geográfica

La ESE Carmen Emilia Ospina se encuentra ubicada en Neiva capital del Departamento del Huila, fundada por Juan de Cabrera en 1539 en territorio que corresponde a Otás en 1551, el español Juan Alfonso la fundó de nuevo en el lugar donde hoy se encuentra el 24 de Mayo de 1612 el capitán Diego de Ospina y Medinilla la fundó en forma definitiva. La ciudad está situada en una planicie sobre la margen derecha del río Magdalena, cruzada por el río del Oro y las Ceibas. La ciudad de Neiva, su clima es cálido.

La ESE Carmen Emilia Ospina para la prestación de los servicios de salud que oferta cuenta con una infraestructura física distribuida por zonas: Sur, Oriente y Norte con



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

una red de servicios en su área de influencia conformada por los siguientes centros y puestos de salud

ZONA SUR: Cubre las comunas 6, 7, 8, y 14 con los centros y puestos de salud de:

- IPC y Santa Isabel
- El triunfo, El Caguán, El Chapuro, San Bartolo en el área rural

ZONA NORTE: Presta servicios de salud a las comunas 1, 2, 3, 9, 11 y 12 con los centros y puestos de salud de:

- Las Granjas, Eduardo Santos y Cándido Leguizamó en el área urbana
- San Luis, San Francisco, Fortalecillas, Peñas Blancas, San Jorge, Guacirco, Chapinero, Aipecito y Organos en la zona rural

ZONA ORIENTE: Presta servicios de salud a las comunas 4, 5, 10 y 13 con los centros y puestos de salud de:

- Siete de Agosto y Las Palmas en el área urbana
- Vegalarga, El Cedraí, Motilón, San Antonio de Anaconia, El Colegio, Piedra Marcada, Palacios, Santa Elena, Palestina en la zona rural

3.1.4 Población a Atender

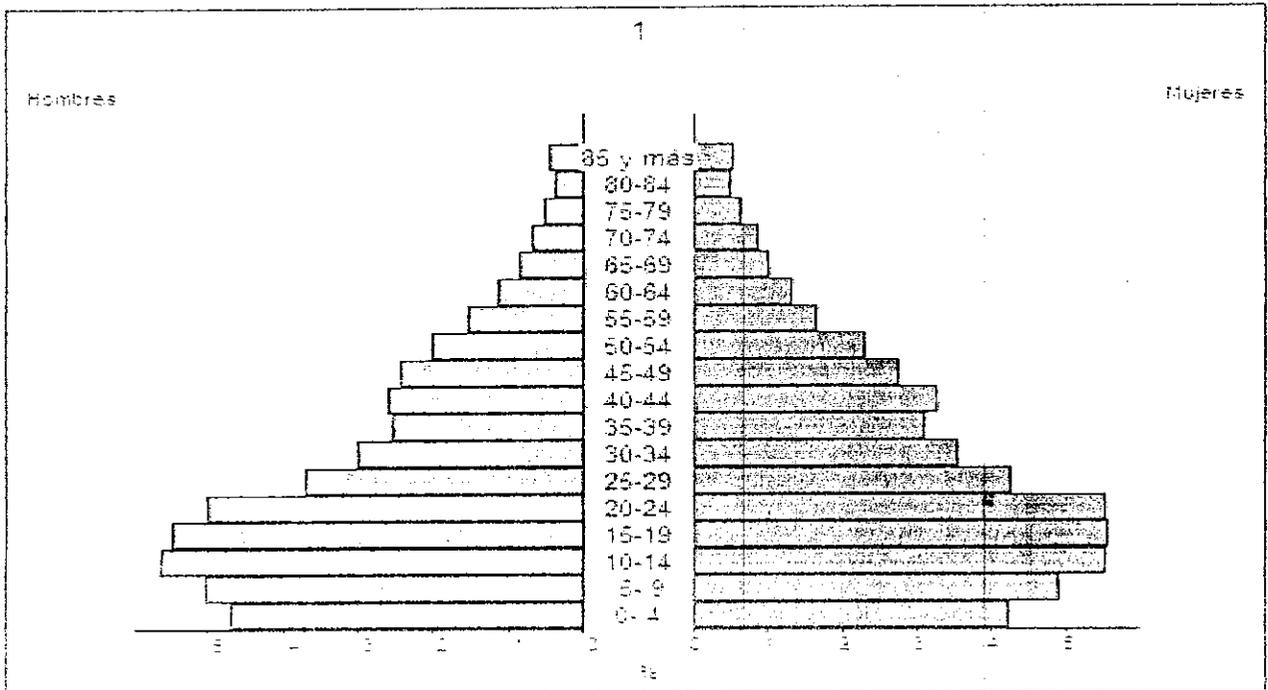
DISTRIBUCION POBLACION POR CENTROS DE SALUD a marzo de 2,010

POBLACION	GRANJAS	ED	SIETE AGOSTO	PALMAS	IPC	SANTA ISABEL	ZRNORTE	ZRORIENTE	ZR SUR	TOTAL
SUBSIDIADA	27.441	17.733	16.018	21.900	35.724	19.453	5.581	5.673	2.731	152.254
VINCULADA	16.148	5.899	8.174	8.371	11.803	9.103	1.644	1.031	944	63.117
TOTAL	43.589	23.632	24.192	30.271	47.527	28.556	7.225	6.704	3.675	215.371

Fuente: Oficina Sistemas ESE CEO

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

La ESE CARMEN EMILIA OSPINA a Marzo del 2010 cuenta con un total de 215.371 usuarios de los cuales el 70.7% pertenece al régimen subsidiado y el 29.3% restante el régimen vinculado. A continuación se presenta la pirámide poblacional.



3.1.5 Cultura Organizacional

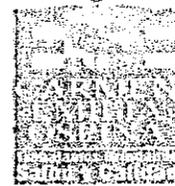
Dentro de las principales características de la cultural organizacional de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina encontramos las siguientes:

- ✓ Existen debilidades en los proceso de selección de personal, inducción y reinducción.
- ✓ Se hace necesario intervenir ésta área en busca de mayor liderazgo y empoderamiento.
- ✓ La estructura organizacional y funcional es deficiente, no se cuenta con personal que direcciona, aplique y controle las políticas de prestación de servicios en forma Transversal y que cubra la totalidad de los puestos y centros de salud.



MUNICIPIO DE NEIVA

Un paso por el mundo



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

Actualmente existen 3 Jefes de Grupo coordinadores de zona que aplican las políticas en forma dispersa y no unificada. Se hace indispensable la creación de la subgerencia técnico- científica en la Empresa

- ✓ El sistema de información presenta debilidades e impide la toma de decisiones oportuna y acertadamente

3.1.6 Oferta de Servicios

Para la prestación de los servicios que oferta, cuenta con una infraestructura física distribuida en tres zonas: sur, oriente y norte, con una red de servicios en su área de influencia:

1. Atención de Urgencias de baja complejidad
2. Consulta externa
 - 2.1 Medicina General
 - 2.2 Odontología
 - 2.3 Medicina Especializada (Convenio Docente Asistencial USCO)
 - 2.4 Protección específica y detección temprana
 - 2.4.1 Protección específica
 - 2.4.1.1 Plan Ampliado de Inmunizaciones (Vacunación)
 - 2.4.1.2 Salud Oral
 - 2.4.1.3 Atención del parto
 - 2.4.1.4 Atención del recién nacido
 - 2.4.1.5 Atención planificación familiar
 - 2.4.2 Detección temprana
 - 2.4.2.1 Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menor de 10 años
 - 2.4.2.2 Detección temprana de las alteraciones del adulto joven de 10 a 29 años
 - 2.4.2.3 Detección temprana de las alteraciones del embarazo

339
46

MUNICIPIO DE NEIVA

"Un paso por la salud"



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

- 2.4.2.4 Detección temprana de las alteraciones del adulto mayor de 45 años
- 2.4.2.5 Detección temprana de las alteraciones del cuello uterino
- 2.4.2.6 Detección temprana de la agudeza visual
- 3. Hospitalización de baja complejidad
- 4. Apoyo diagnóstico y terapéutico
 - 4.1 Laboratorio clínico
 - 4.2. Rayos X de primer de nivel
 - 4.3 Ecografías Obstétricas
 - 4.4. Farmacia
- 5. Atención prehospitalaria
 - 5.1 Transporte asistencial básico (TAB)

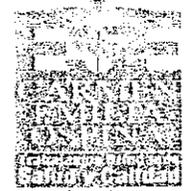
3.1.6.1 Prestación de servicios de salud

Las actividades básicas en salud promedio mes de los años 2008, 2009 y la proyección del 2010, se ven reflejados en el cuadro siguiente

ACTIVIDADES BASICAS DE SALUD PROMEDIO MES

SERVICIOS	AÑO			Variación % 2009- 2010
	2008	2009	2010	
1 Atención inicial de urgencias	14.542	14.192	9.221	- 35
2 Consulta Externa				
2.1 Medicina General	17.142	14.492	12.945	- 11
2.2 Odontología	9.398	6.258	2.190	- 65
2.4 Protección específica y detección temprana	41.205	42.394	30.056	- 29
3 Hospitalización	397	333	355	8
4 Apoyo Diagnóstico y terapéutico				
4.1 Laboratorio clínico	17.242	14.528	17.404	20
4.2 Rayos X	1.212	1.055	966	- 8
4.3 Ecografías Obstétricas	492	419	329	- 22
5 Atención Prehospitalaria				
5.1 Transporte asistencial básico	527	661	645	- 2

Fuente: Oficina Sistemas ESE CEO



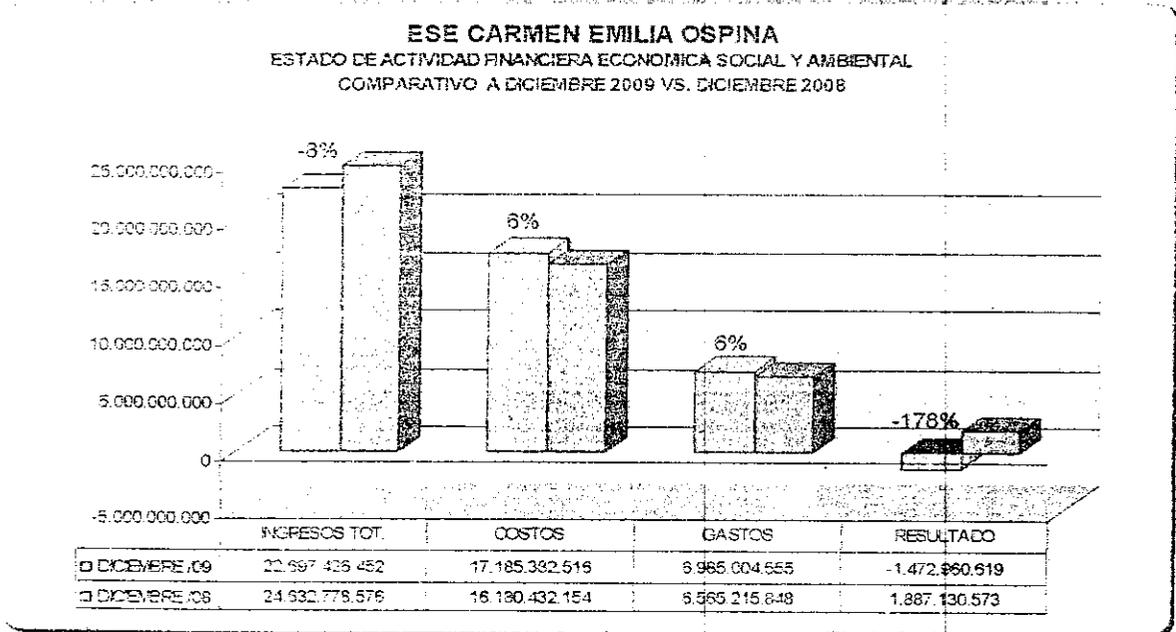
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

Como se puede observar todas las actividades promedio mes compradas entre el año 2009 y 2010, se han reducido a excepción de la hospitalización, debido al recorte de la oferta de servicios, lo que ocasiona a su vez una disminución de ingresos

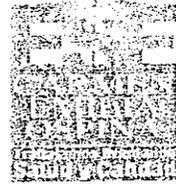
3.1.7. Gestión Financiera y presupuestal

3.1.7.1 Gestión financiera

Frente al resultado financiero, con corte a 31 de diciembre de 2009, presentan por primera vez unos resultados negativos como consecuencia de situaciones adversas que afectaron directamente los ingresos de la entidad, presentándose al final de la vigencia una pérdida de \$1.472. 9 millones, sin contar con los \$847.7 millones de cuentas por pagar no presupuestadas, frente a un excedente del año 2008 de \$1.887.1 millones, obteniéndose así una variación de -178.1% frente al resultado del a año 2008. como se observa en la gráfica siguiente

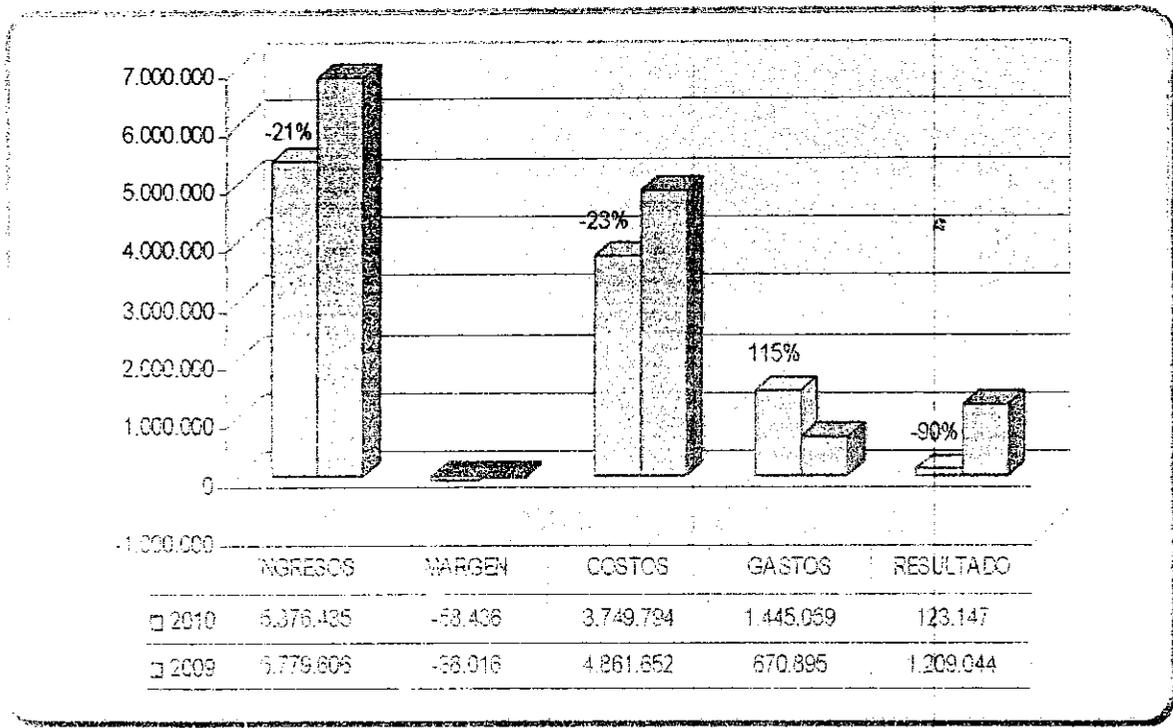


Fuente: Area Financiera ESE CEO

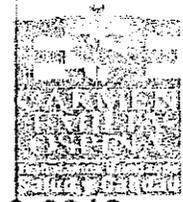


PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

A 31 de marzo de 2.010, el estado de la situación financiera de la Empresa, presenta un excedente de \$123.1 millones, como se muestra en la gráfica siguiente. Es importante aclarar que en la determinación financiera de la Empresa no se tuvo en cuenta recursos que ingresaron por valor de \$3.350 millones, de convenio con el Municipio para la Construcción del CAIMI, en este periodo.

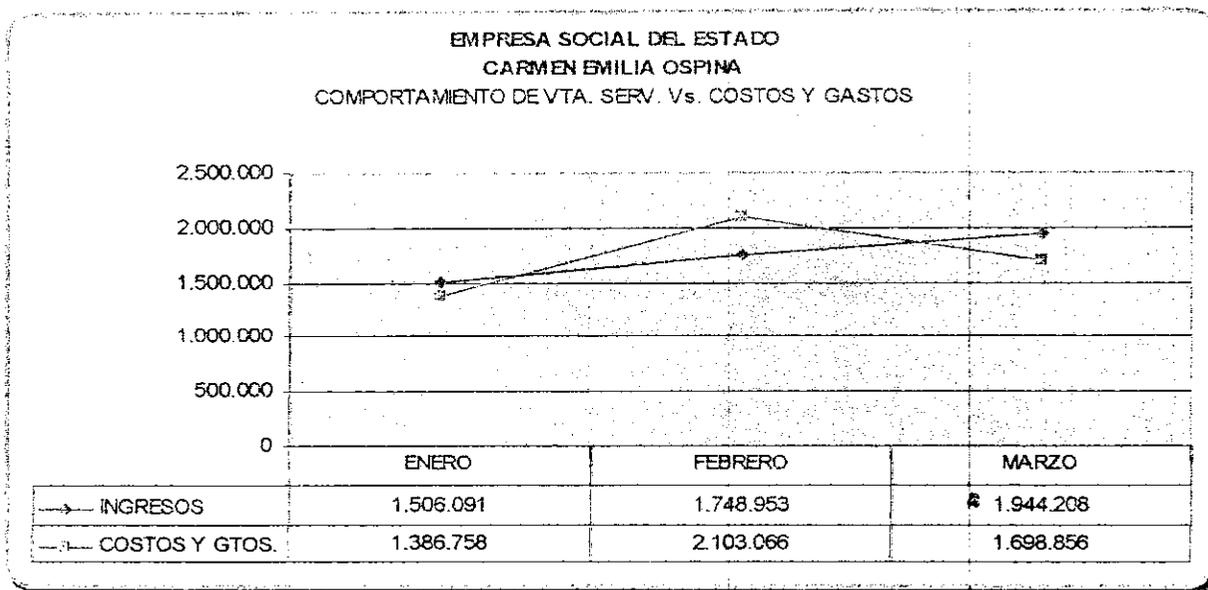


Fuente: Área Financiera ESE CEO



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

Comportamiento de Costos y Gastos Frente a los Ingresos



Fuente: Área Financiera ESE CEO

Al unificar los costos y gastos y compararlos frente a los ingresos por venta de servicios observamos que en el mes de febrero se presenta un crecimiento que supera la venta de servicios que es consecuencia de la liquidación de contratos que terminan el 20 de enero de 2010 pero los contratistas dejaron de presentar las cuentas en enero para presentarlas el mes de febrero, así como los diez días de enero que en su mayoría se cobraron con las cuentas de febrero. De este comparativo se obtiene que los ingresos supera en \$123.1 millones la sumatoria de costos y gastos.

INDICADORES DE IMPACTO

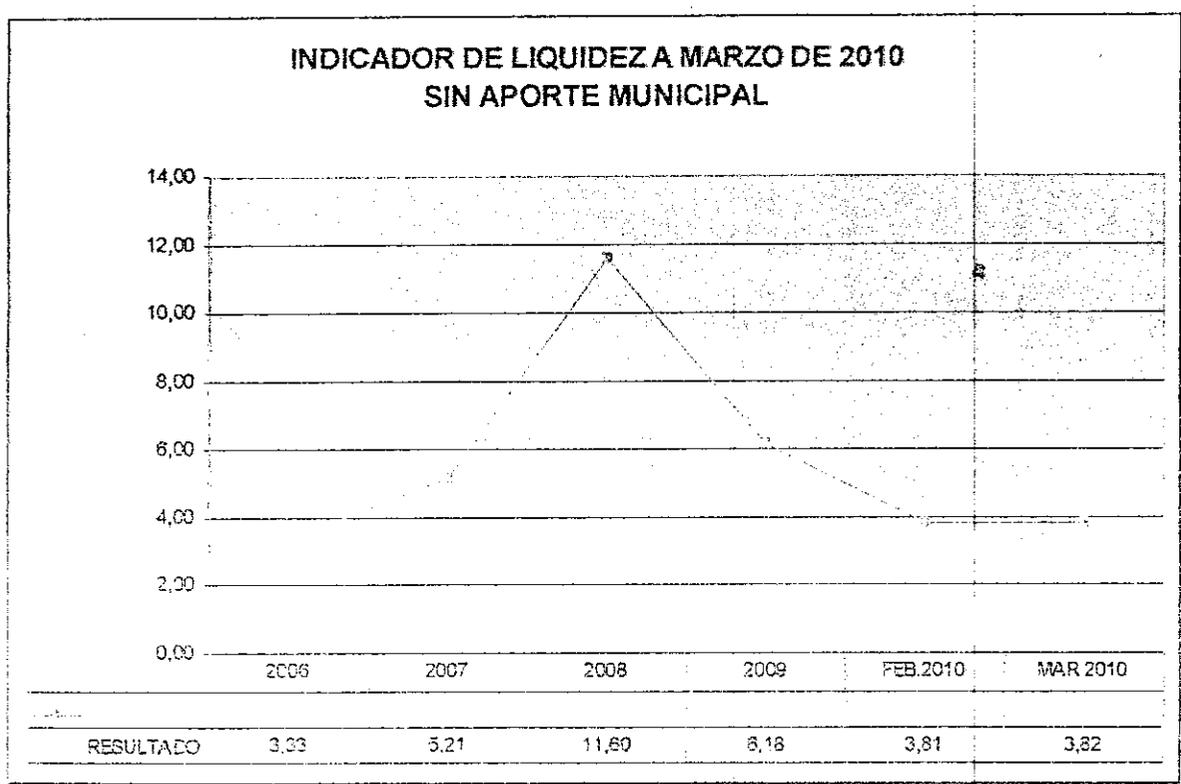
Los indicadores de impacto y sostenibilidad financiera en la actualidad son adecuados, pero tienen una tendencia negativa que es necesario intervenir para



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

buscar el equilibrio y encauzar la empresa hacia las sendas del crecimiento; el comportamiento a 31 de Marzo de 2.010, es el siguiente, teniendo en cuenta que no se incluyen los recursos en cuantía de \$3.350 millones del convenio con el Municipio para la construcción del CAIMI.

Razón de Liquidez



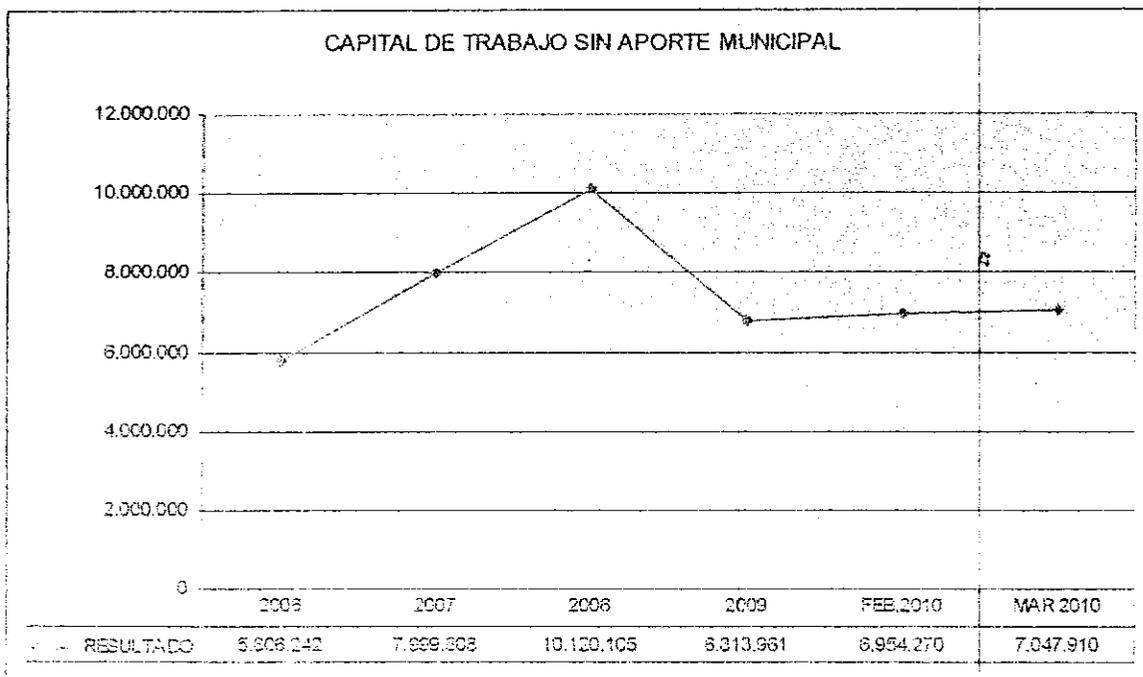
Fuente: Área Financiera ESE CEO

La razón de liquidez establece la capacidad de responder por las obligaciones contraídas por la entidad. Como observamos en la gráfica anterior desde el año 2006 al 2008 el índice de liquidez se ha ido incrementado, es así que para el año 2.006 es de 3.33, para el 2.007, 5.21, para el año 2.008 alcanzó 11.6 y se redujo drásticamente a Diciembre de 2.009 a 6.18, como consecuencia de la disminución

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

del efectivo en más de \$2.980.8 millones y el incremento del pasivo en \$361.3 millones. Para el año 2010 a Marzo 31, el índice de liquidez se ubica en 3.82, sin tener en cuenta los recursos del convenio con el Municipio para construir el CAIMI por \$3.350 millones que aun es un indicador muy bueno considerando que la relación ideal es de 1 a 1

Capital de Trabajo



Fuente: Área Financiera ESE DEO

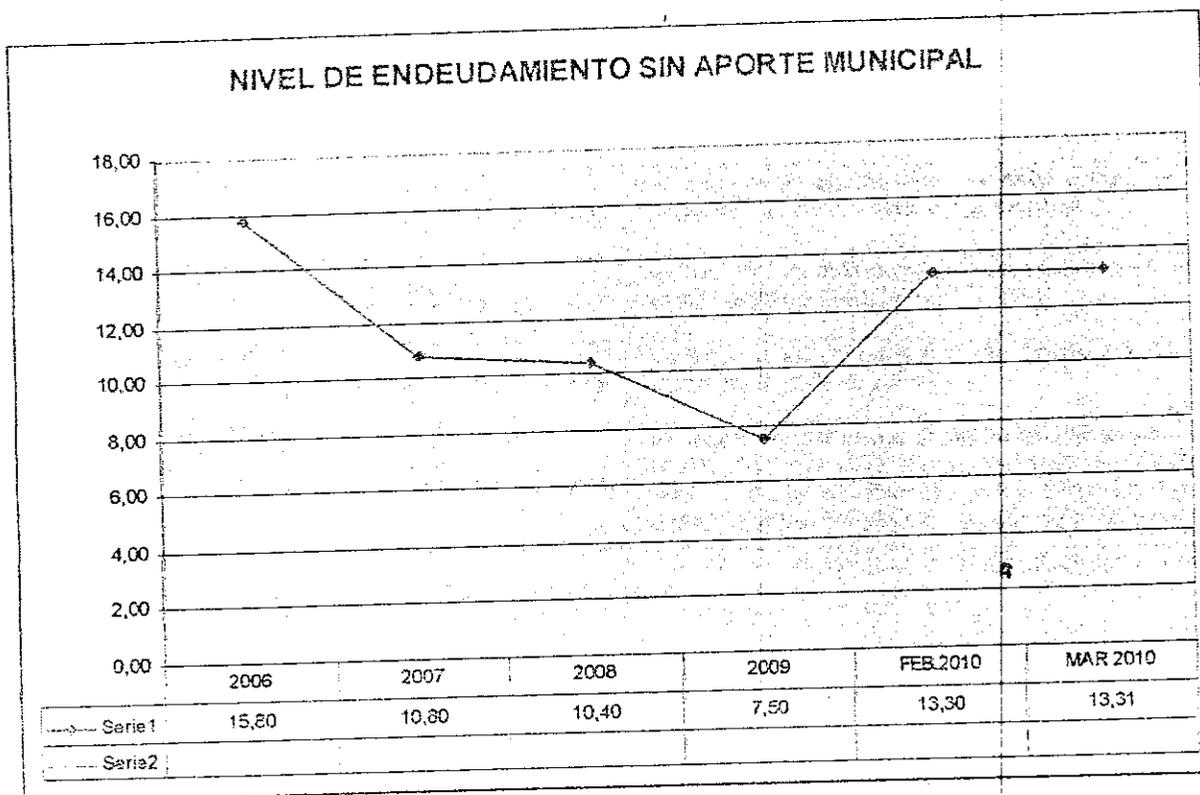
La disminución del efectivo en más de \$2.980.8 millones en el año 2009, afecta en la misma forma el capital de trabajo que pasa de \$ 10.120.1 millones en el año 2008 a \$ 6.813.9 millones en el año 2009 y se incrementa levemente a corte 31 de Marzo de 2.010 al pasar a \$7.047 millones, observándose una caída considerable en los recursos disponibles que cada vez más imposibilita la realización de inversiones con recursos propios y nos deja abocados a la posibilidad de utilización de los recursos del crédito para la realización de estas.

MUNICIPIO DE NEIVA

(El parte por la media)

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

Nivel de Endeudamiento



Fuente: Área Financiera ESE CEO

El nivel de endeudamiento como se observa en la gráfica anterior ha disminuido desde el año 2006 al tener un porcentaje de 15.80% al 7.5% en el año 2.009 y se incrementa a 13.31% a Marzo 31 de 2010. Si se analiza la composición del pasivo no existe un endeudamiento real, sino que corresponden a cuentas por pagar en tránsito, lo cual es una fortaleza de la entidad.

MUNICIPIO DE NEIVA

Un paso por la ciudad

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

TABLERO DE INDICADORES

INDICADOR	2,008	2,009	Mar-10	Observación
CAPITAL NETO DE TRABAJO	10.754,9	6.813,9	7.047,9	La empresa cuenta con un capital de trabajo de \$7,047,9 millones para desarrollar su objeto social
RAZON LIQUIDEZ	11,6	6,18	3,82	Por cada peso que la empresa debe a corto plazo cuenta con \$3,82 disponibles para cancelarlos
ENDEUDAMIENTO TOTAL	5,13%	7,53%	13,31	Del total de los activos de la empresa se encuentra comprometido con terceros el 13,31%.
MARGEN UTILIDAD NETA	8%	-6,8%	2,29%	El margen neto de utilidad de la empresa a 31 de diciembre de 2009 es del -6,8%
(GASTO + COSTOS) / INGRESOS TOTALES	92,3%	106,5%	97,71%	Los costos y gastos de la empresa representan el 106,5% del valor total de los ingresos en el 2009, mientras que en el 2008 representan el 92,3%. En el primer trimestre de 2.010 se observa mejoramiento
ROTACION GENERAL DE CARTERA	3,43	2,95	2,60	La cartera se recupera en su totalidad 2,6 veces en el año
PERIODO PROMEDIO DE COBRO	105	122	138	El promedio de rotación de cartera durante el año 2010 es de 138 días

Fuente: Área Financiera ESE CEO

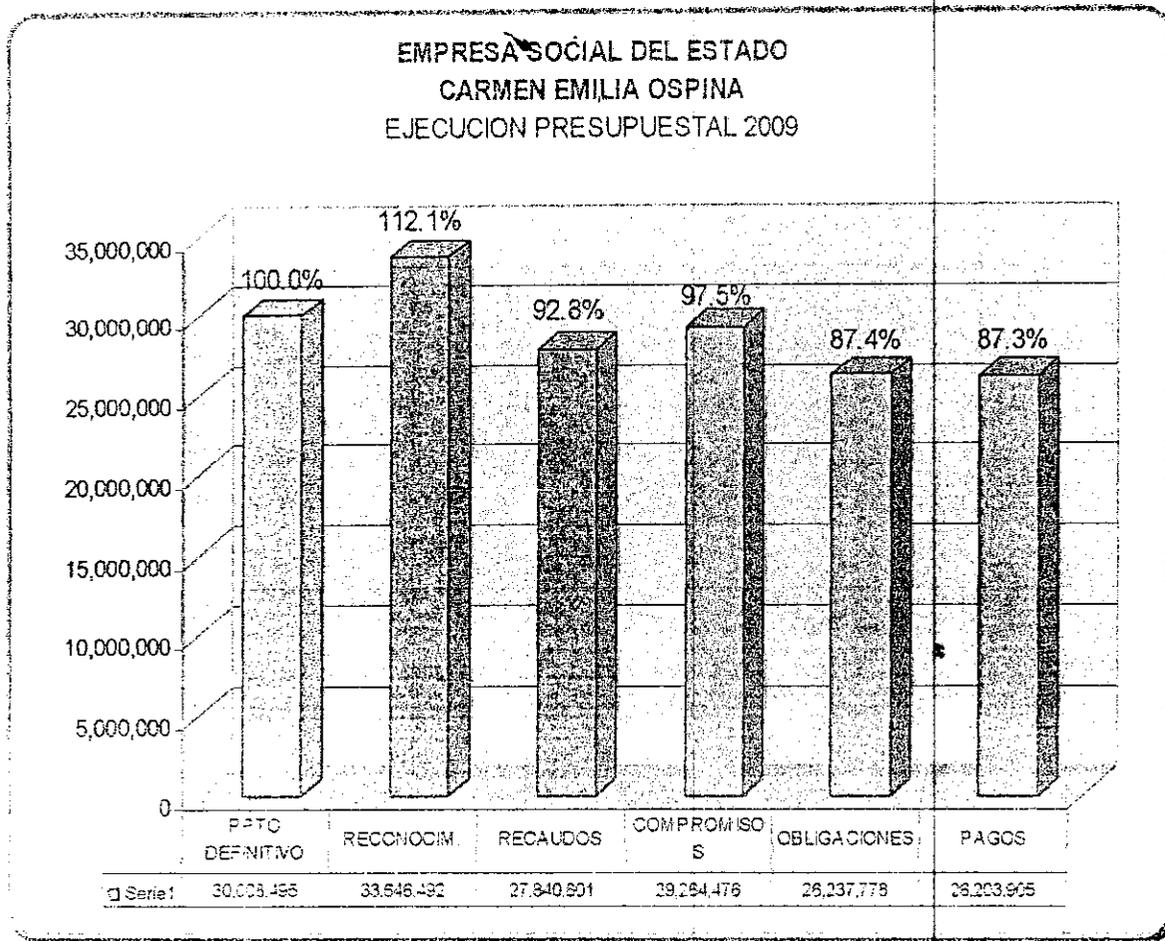
3.1.7.2 Gestión Presupuestal

Presupuesto 2009

El presupuesto definitivo 2009 alcanzó los \$30.008.5 millones, presentándose una ejecución en reconocimientos del 112.1%, y recaudándose la suma de \$27.840.8 millones, equivalente al 92.8% del presupuesto definitivo.

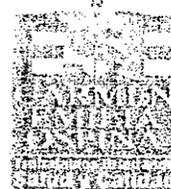


PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012



Fuente: Área Financiera ESE CEO

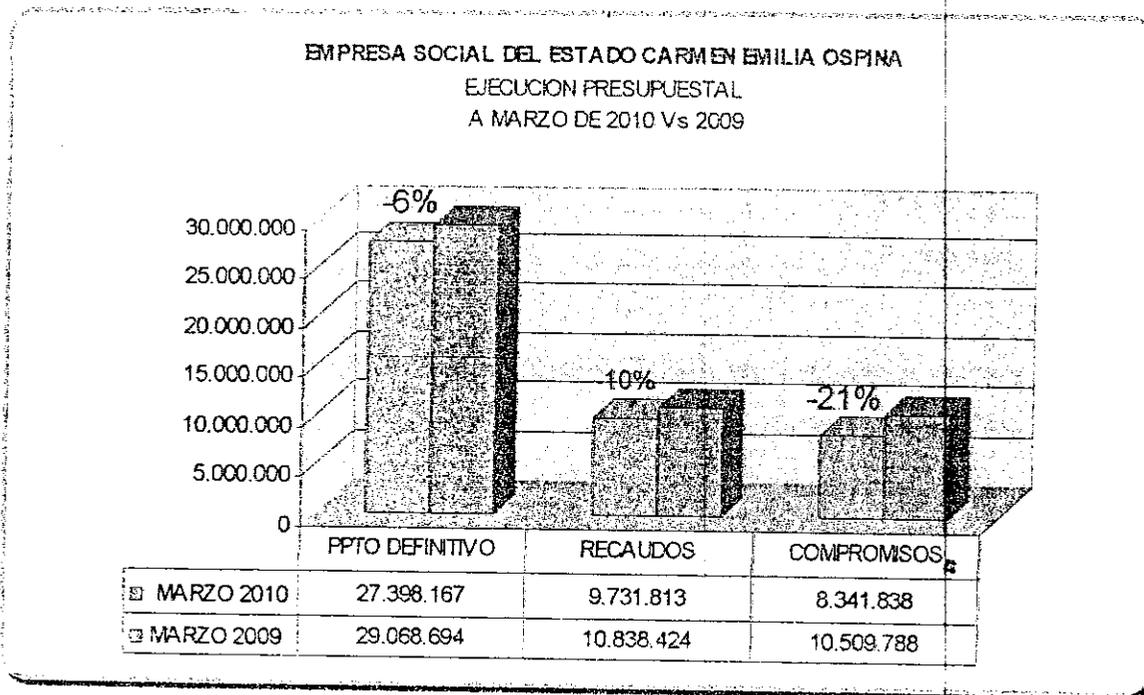
El presupuesto de gastos se ejecutó en 97.5% comprometiéndose la suma de \$29.264.5 millones, mientras que se giró la suma de \$26.203.9 millones, de los \$26.237.8 millones que se obligaron en la vigencia. Como consecuencia de los valores dejados de recaudar en la vigencia fiscal 2009 y el sostenimiento de la oferta de servicios, se presenta un déficit de \$1.423.7 millones como resultado de comparar el total recaudado frente al total comprometido, quedando aun sin contabilizar en la vigencia 2009 \$847.7 millones de cuentas por pagar



2013
 30

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

Presupuesto a 31 de Marzo de 2010



Fuente: Área Financiera ESE CEO

Aunque los recaudos totales no han sido los esperados, la ejecución presupuestal a marzo de 2010 nos presenta un mejoramiento en su comportamiento toda vez que se ha logrado un superávit presupuestal de \$1.389.9 millones, resultado de comparar los recaudos que han sido de un 10% menos que los recaudos totales del primer trimestre de 2009, con los compromisos totales disminuidos en un 21% comparado con el acumulado a marzo de 2009, lo que deja entrever el buen manejo se le dio al presupuesto en los meses de enero y febrero de 2010.

269
56

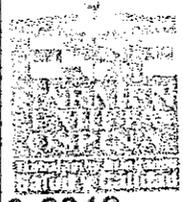
Desfase Presupuestal vigencia Fiscal del 2.010

DESCRIPCION	VALOR
DISPONIBILIDAD INICIAL	1.172.550.609
CUENTAS POR PAGAR	862.845.258
GASTO ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS	2.151.072.537
TOTAL	4.186.468.404

Fuente: Oficina de Presupuesto ESE CEO

En la proyección del presupuesto del año 2.010, se estimaron rentas y gastos de acuerdo a la dinámica financiera de la empresa y al comportamiento histórico de algunos rubros presupuestales, que confrontados con la realidad a 31 de Diciembre del 2.009, una vez realizado el cierre respectivo, se observa que existen variaciones que afectan directamente el equilibrio presupuestal de la presente vigencia fiscal, es así que la disponibilidad inicial se proyectó en mayor valor a lo efectivamente obtenida; en los recursos de la oferta el documento CONPES 132 asigna menores recursos y por 4 doceavas de lo certificado inicialmente por la entidad territorial. En cuanto a gastos la proyección de cuentas por pagar fue deficitaria en cuantía de \$847 millones; en gastos administrativos y operativos presenta un déficit de \$2.151 millones. En total hay un desfase del presupuesto que suma \$4.186 millones, que exige un ajuste del presupuesto, teniendo en cuenta la proyección de ingresos con los clientes actuales.

Igualmente de acuerdo con la proyección de ingresos y la proyección de gastos se prevé un desfase adicional de aproximadamente de \$3.000 millones, que está siendo objeto de evaluación general para determinar la cifra exacta.



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

3.1.7.3 Cartera

La cartera a 31 de marzo de 2.010 suma \$8.130.9 millones de los cuales el 46% es cartera no vencida. De la cartera vencida la más preocupante es la cartera mayor a 360 días que representa el 28% del total de la cartera.

**CARTERA DETALLADO POR ENTIDADES Y EDADES
CON CORTE A 31 DE MARZO DE 2010**

ENTIDADES	NO VENCIDAS	31 A 60	61 A 90	91 A 180	180 A 360	MAYOR 360	TOTAL
FIDUFOSYGA	4.117.920	-	1.606.893	2.985.521	7.973.600	96.252.286	112.936.020
EPS-S	2.051.857.531	121.478.160	208.108.100	331.600.670	1.129.721.965	1.669.784.775	5.512.551.202
S.O.A.T	8.124.335	422.289	2.153.395	2.312.143	3.879.774	20.508.162	37.400.098
OTRAS ENTIDADES	7.166.290	864.584	738.200	2.830.516	4.761.452	24.015.245	40.376.287
SECRETARIA SALUD MPAL	1.635.256.347	157.525.849	-	166.210.200	-	468.663.308	2.427.655.704
TOTAL	3.706.522.423	230.290.332	212.606.333	595.939.060	1.146.336.791	2.279.223.776	8.130.910.311
PARTICIPACION	46	3	3	6	14	28	100

Fuente: Área Cartera ESE CEO

- A partir del 2.010, el asesor jurídico contratado para fortalecer los cobros de cartera ha iniciado procesos judiciales que se relaciona a continuación

PROCESOS DE CARTERA E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA			
Nº RADICADO	DEMANDADO	CLASE DE PROCESO	JUZGADO
226/2010.	ECCOPOSOS	Ejecutivo	3 LABORAL
205/2010	CAPRECOM	Ejecutivo	3 LABORAL
174/2010.	CAJACOPI	Ejecutivo	1 LABORAL
105/2010.	SECRETARIA DE SALUD	Ejecutivo	1 LABORAL

Fuente. Oficina Jurídica ESE CEO



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

3.1.7.4 Facturación

FACTURACION Y GLOSAS 2008-2010

CONTRATACION	2008			2009			2010 a FEBRERO 28		
	GLOSAS	FACTURACION	%	GLOSAS	FACTURACION	%	GLOSAS	FACTURACION	%
TOTAL	206.634.644	20.700.892.049	1,0	236.011.786	19.987.333.079	1,2	21.337.468	2.929.221.085	0,7
CAPITADA	162.732.756	20.406.215.303	0,8	217.689.481	17.082.543	1,3	5.591.911	2.523.512.676	0,2
EVENTO	43.901.888	2.946.767.456	14,9	18.322.305	2.815.039.436	0,7	15.745.557	425.708.409	3,7

Fuente: Facturación ESE CEO

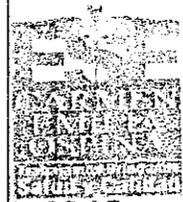
El nivel de glosas de facturación es bajo, es así que el porcentaje de glosas por facturación total de los contratos a corte 31 de Diciembre de 2.009 es de 1.2%, de los cuales en los contratos de Capitación se ubican en el 1.3% y en glosas por evento se ubica en 0.7%. Para el año 2010 el porcentaje de glosas frente a la facturación total es del 0.7%, donde la facturación capotada es del 0.2% y por evento es del 3.7%

3.1.7.5 Costos

La empresa no cuenta con un sistemas de costos implementado, no obstante contar con el módulo de costos que necesita ser incorporado a la red integrada de Dinámica Gerencial y que permita mejorar el proceso de contratación con las diferentes EPSS..

3.1.8 Análisis Epidemiológico

De acuerdo con la información suministrada por la coordinación de epidemiología de la ESE Carmen Emilia Ospina, las primeras causas de morbilidad de la ESE durante el año 2009 en consulta externa, urgencias, hospitalización, observación y



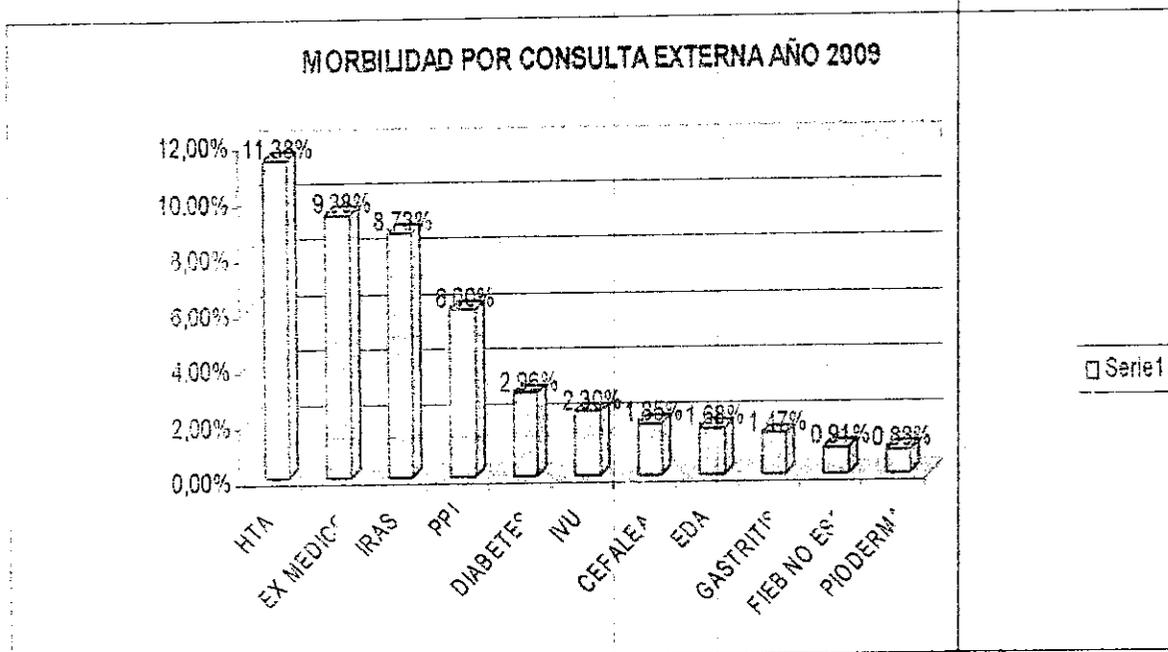
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

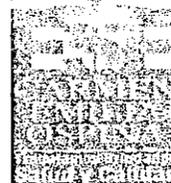
odontología son las siguientes

3.1.8.1 Morbilidad en Consulta Externa

CAUSA	TOTAL	%
HTA	18845	11,38%
EX MEDICO	15535	9,38%
IRAS	14464	8,73%
PPI	9936	6,00%
DIABETES	4911	2,96%
IVU	3805	2,30%
CEFALEA	3069	1,85%
EDA	2775	1,68%
GASTRITIS	2441	1,47%
FIEB NO ESP	1504	0,91%
PIODERMA	1454	0,88%
	1454	0,88%

Fuente: Oficina vigilancia epidemiológica ESE CEO



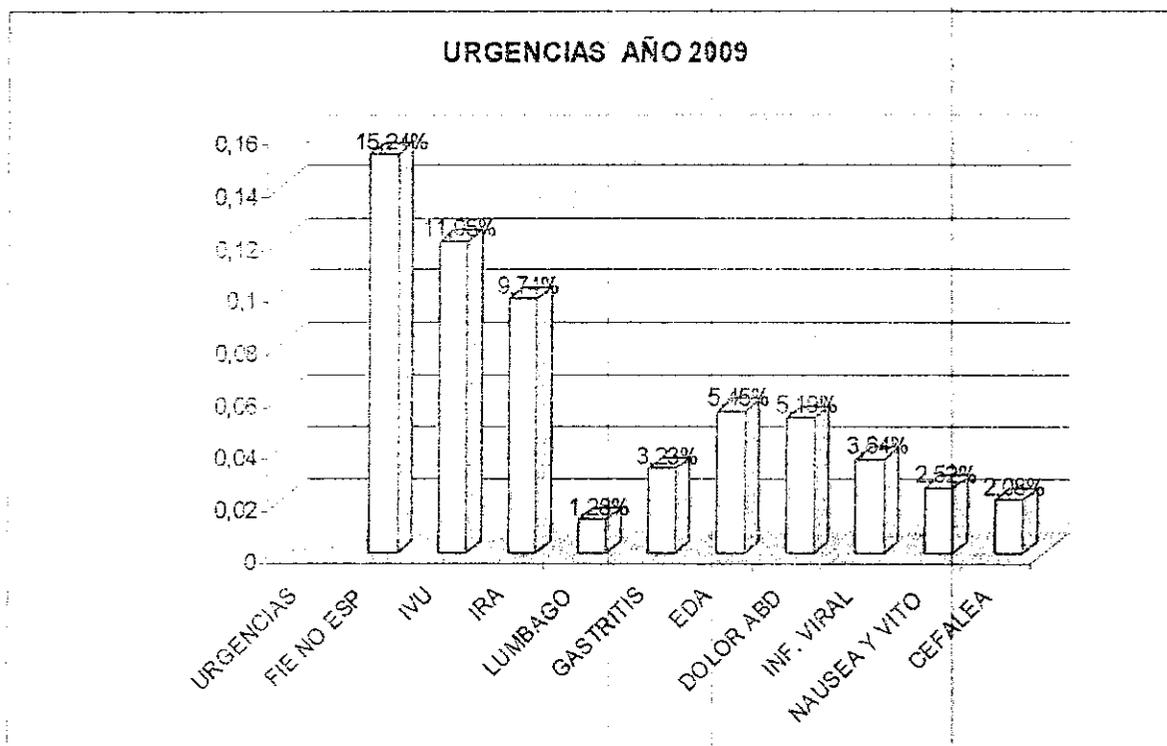


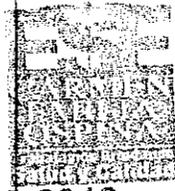
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

3.1.8.2 Morbilidad en urgencias

CAUSA	TOTAL	%
FIE NO ESP	20206	15,24%
IVU	15841	11,95%
IRA	12914	9,74%
LUMBAGO	1703	1,28%
GASTRITIS	4287	3,23%
EDA	7220	5,45%
DOLOR ABD	6878	5,19%
INF. VIRAL	4823	3,64%
NAUSEA Y VITO	3345	2,52%
CEFALEA	2763	2,08%

Fuente: Oficina vigilancia epidemiológica ESE CEO





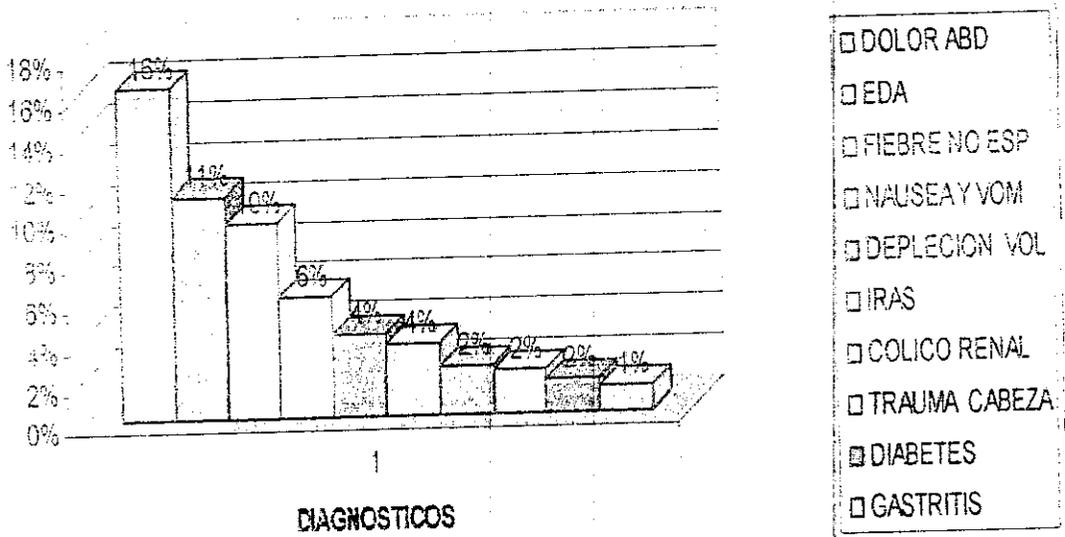
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

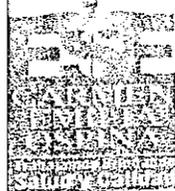
3.1.8.3 Morbilidad Observación

CAUSA	TOTAL	%
DOLOR ABD	312	13%
EDA	114	5%
FIEBRE N ESP	122	5%
EDA	114	5%
NAUSEA Y V	77	3%
DEPLECION V	47	2%
COLICO RENAL	29	1%
T CABEZA	23	1%
IVU	24	1%
EMBARAZO	29	1%

Fuente: Oficina vigilancia epidemiológica ESE CEO

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN OBSERVACIÓN
AÑO 2009



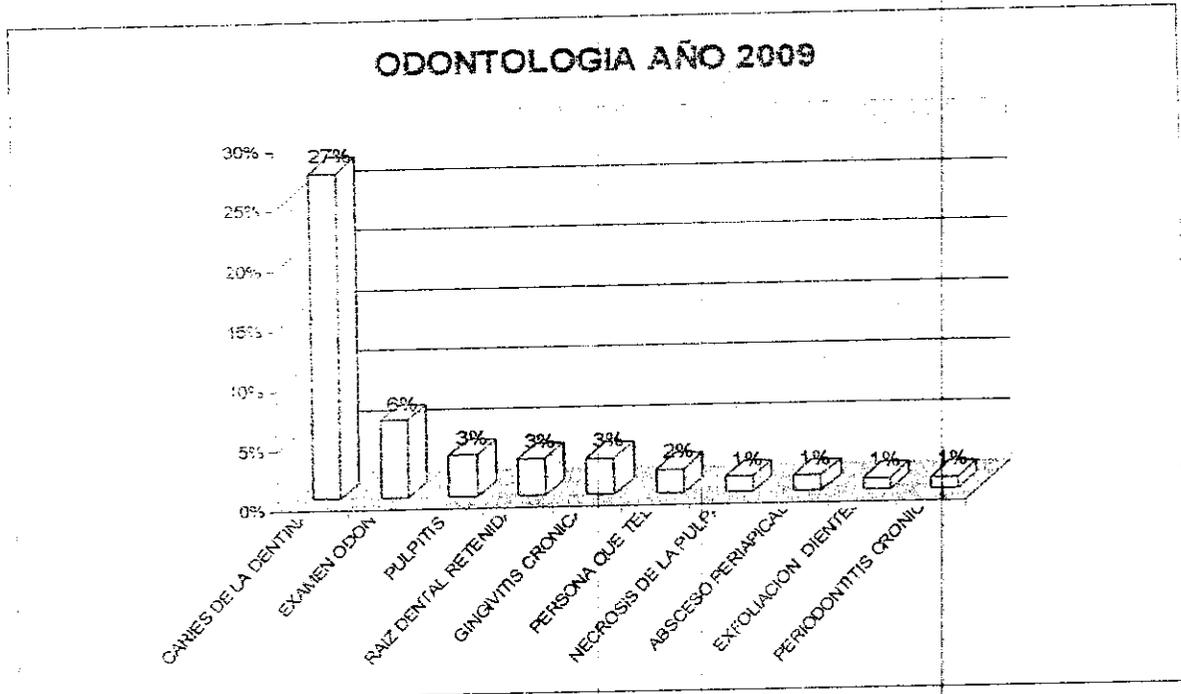


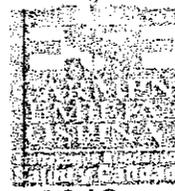
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

3.1.8.4 Morbilidad en Odontología

CAUSA	TOTAL	%
CARIES DE LA DENTINA	6105	27%
EXAMEN ODON	1448	6%
PULPITIS	784	3%
RAIZ DENTAL RETENIDA	701	3%
GINGIVITIS CRONICA	677	3%
PERSONA QUE TEE	449	2%
NECROSIS DE LA PULPA	287	1%
ABSCESO PERIAPICAL	282	1%
EXFOLIACION DIENTES	215	1%
PERIODONTITIS CRONICA	215	1%

Fuente: Oficina vigilancia epidemiológica ESE CEO



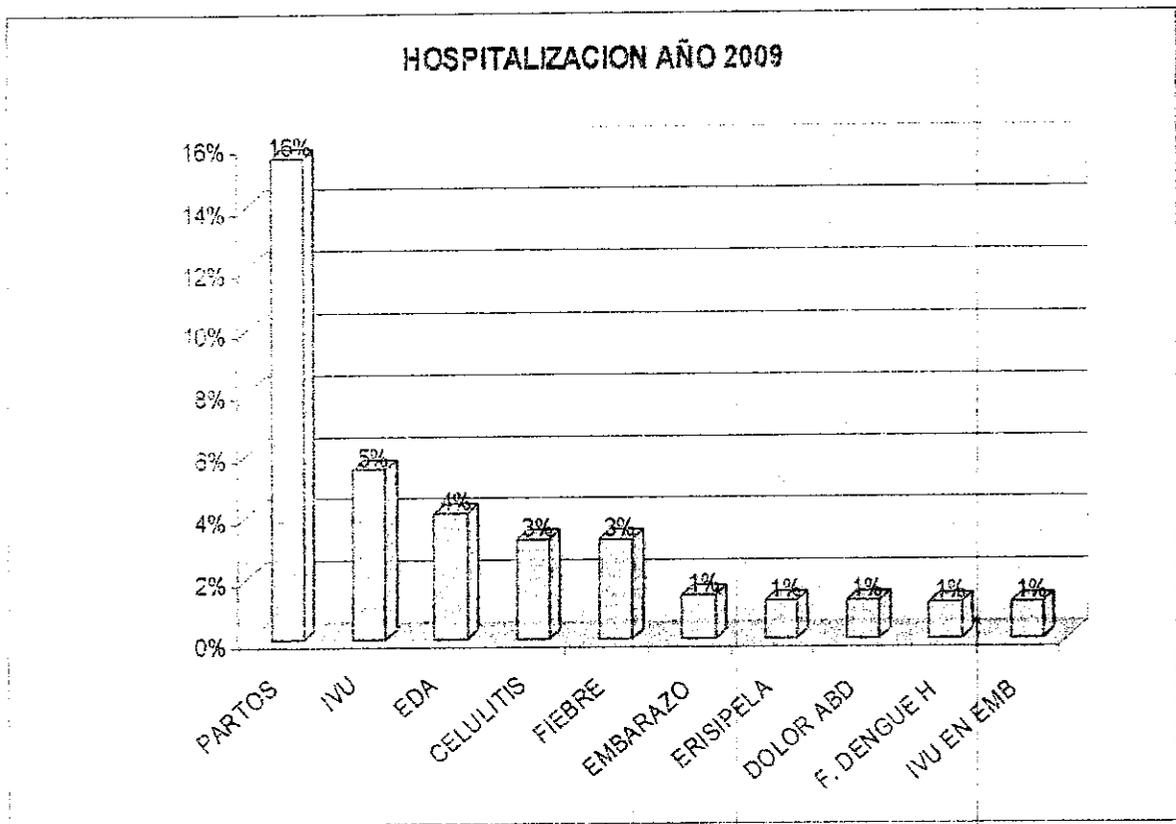


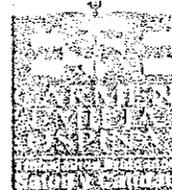
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

3.1.8.5 Hospitalización

CUASA	TOTAL	%
PARTOS	618	16%
IVU	218	5%
EDA	161	4%
CELULITIS	128	3%
FIEBRE	128	3%
EMBARAZO	55	1%
ERISPELA	49	1%
DOLOR ABD	48	1%
F. DENGUE H	46	1%
IVU EN EMB	45	1%

Fuente: Oficina vigilancia epidemiológica ESE CEO





PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

3.1.9 Indicadores de Calidad

Oportunidad Consulta Externa:

Formula: Sumatoria de días transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita y la fecha en la cual es asignada la cita / No. Total de consultas medicas asignadas en el período

2,008	2009	Mar-10
402608/197857= 2.03 Días	326070/174113= 1.87 días	33966/10190= 3.3 días

Oportunidad odontología:

Sumatoria total de los días transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta odontológica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de citas odontológicas asignadas en el periodo

2,008	2009	Mar-10
119686/62591= 1.91 Días	105969/56635= 1.87 días	15850/3302= 4,8 días

Oportunidad urgencias:

Sumatoria de minutos transcurridos ente la solicitud de la atención y la atención por el médico / Total de consultas realizadas – mes

2,008	2009	Mar-10
7218785/144061= 50.1Min.	10015389/196445=50.9 Min	599021/14915= 40.2 Min

Tasa de infección intrahospitalaria:

Número de pacientes con infección nosocomial/ Número total de pacientes hospitalizados X 100

2,008	2009	Mar-10
1/1609_0.06%	9/1425=0.63%	0/89=0

370
65

MUNICIPIO DE NEIVA

"Su punto para nosotros"

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

Oportunidad Imagenología

Sumatoria total de los días transcurridos entre la solicitud y la asignación de la cita / numero de pacientes atendidos

2,008	2009	Mar-10
57777/18947= 3.04 días	25310/17899= 1.41 días	1378/2667= 0.52 días

Vigilancia evento adverso

Numero total de eventos adversos detectados y gestionados x100 / numero total de eventos adversos detectados

2,008	2009	Mar-10
2/2= 100%	74/74=100%	1/1=100%

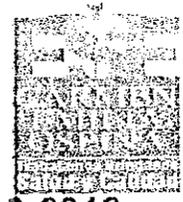
Tasa de satisfacción

Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS/Número total de pacientes encuestados por la IPS

2,008	2009	Mar-10
21653/22533=96.1%	22365/23341=97.9%	1909/2006= 95.2%

Como se observa, los indicadores de calidad después del ajuste en la oferta en el mes de Enero de 2010, variaron, especialmente los de oportunidad en consulta externa y odontología, que aumentaron al pasar de 1.87 días a 3.3 días y 4.8 días respectivamente; al contrario la oportunidad de urgencias disminuyó a 40.2 minutos y la oportunidad en imagenología se encuentra en 0.52 días.

En este punto es importante resaltar que no está siendo medida la demanda insatisfecha, que de acuerdo a la información obtenida por el personal de citas de cada centro de salud, puede llegar al 50% de las solicitudes.



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

3.1.10 Implementación Sistema Obligatorio de Calidad

3.1.10.1 Sistema Único de Habilitación

La evidencia que actualmente maneja la oficina de garantía de la calidad, permite determinar que la sostenibilidad de los requisitos mínimos de habilitación, presenta altibajos y a pesar de las inversiones que se realizaron anteriormente, aún no se cumple en su totalidad con los estándares establecidos mediante decreto 1011 de 2.006; es así que en el Centro de salud de Granjas, es urgente la remodelación de las áreas de Urgencias, observación y partos, para enfrentar la visita de verificación de la Secretaría Departamental de Salud. Estos esfuerzos institucionales se enfocaron en el cumplimiento de los estándares de recurso humano, instalaciones física, dotación y mantenimiento, igualmente la interdependencia de servicios ha sido garantizada al igual que el sistema de referencia y contrareferencia a pesar de carecer de actualizaciones propias de cada cambio contractual. Igualmente se exceptúa de lo anterior la necesidad de estandarizar el servicio de esterilización y la señalización homogénea de acuerdo a la norma de todas las áreas, así mismo estos ajustes de infraestructura que se invirtieron para mejorar la gestión de residuos hospitalarios requieren de la actualización documental en cuanto a planos, formatos, rutas de evacuación, técnicas de manejo ambiental y la re inducción del personal encargado.

Se ha percibido que el conjunto de colaboradores de la institución requiere retomar los conceptos y la metodología propuesta en el soporte documental con que cuenta la institución y que se fundamenta en un gran número de procesos caracterizados en el sistema de gestión de calidad institucional, enfatizando en los procesos prioritarios asistenciales del área misional y enfocados en una atención segura que evite los riesgos propios de la prestación de servicios.

318
67

MUNICIPIO DE NEIVA

Un paso por la salud

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

A continuación se presenta un cuadro resumen de evaluación de cumplimiento de cada uno de los estándares de habilitación:

ESTANDAR	CONCEPTO	OBSERVACIONES
1. RECURSO HUMANO	REQUIERE AJUSTES	La oficina de talento humano a la fecha no cuenta con lista actualizada del personal vinculado a la institución, por los periodos atípicos en los procesos de contratación. Las hojas de vida de los funcionarios carecen de estandarización en el método de archivo de los folios. El procedimiento de verificación de títulos del personal asistencial no está bajo el dominio de la institución y está pendiente de respuesta de las entidades educativas de personal que se encuentra desempeñando labores. No se encuentra documentado el proceso de selección de personal.
2. INSTALACIONES FISICAS	REQUIERE AJUSTES	Se evidencio que las instalaciones físicas destinadas a los servicios de urgencias en los centros de atención de Granjas y Siete de Agosto, no cumplen con las exigencias para la estación de enfermería y áreas de observación. En el centro de atención del IPC se está adelantado obra nueva, lo que requirió de contingencias para continuar la prestación de los servicios habilitados, esta medidas temporales no garantizan el cumplimiento de habilitación. El área destinada para depósito de cadáveres, ubicada en el centro de atención de Palmas, no cumple con los requerimientos técnicos de ventilación, lavado y drenaje de líquidos, igualmente no se cuenta con esta área en los centros de atención de siete de agosto y granjas.
3. DOTACION Y SU MANTENIMIENTO	REQUIERE AJUSTES	Se requiere actualización y puesta en marcha de los planes de hojas de vida y planes de mantenimiento de los equipos biomédicos.
4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	REQUIERE AJUSTES	Se requiere estandarizar los procedimientos de gestión y seguimiento a los carros de paro, y depósitos de insumos de las diferentes sedes, para garantizar atenciones seguras.
5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	REQUIERE AJUSTES	La apreciación general del conocimiento y aplicación (sin llegar a una evaluación detallada) de lo concerniente a procesos prioritarios asistenciales, es inadecuada. Se requiere revisión y actualización de guías y protocolos de manejo.
6. HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES	REQUIERE AJUSTES	Se realizó inspección de los archivos de historias clínicas, percibiendo que lo común es encontrar elementos como cajas con documentación diversa y elementos para prestación de servicios que han sido depositados en los archivos, aspectos que no garantizan la custodia documental. Así mismo se encontró que no es estándar

317
68

MUNICIPIO DE NEIVA

Un futuro por la justicia

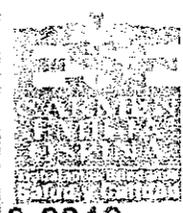
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

		la disposición de los folios en las carpetas que contienen las historias clínicas y algunas sufran de deterioro significativo; estos aspectos se comentaron en el ámbito del comité de historias clínicas procurando dirigir las acciones para su corrección.
7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS	REQUIERE AJUSTES	El servicio de esterilización se encuentra disperso en las diversas sedes, se incumple con los requisitos de habilitación El servicio de imagenología de granjas cuenta con áreas estrechas, afectando la privacidad de los pacientes, e incumpliendo con las áreas administrativas y de archivo del mismo.
8. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	REQUIERE AJUSTES	Se debe actualizar el manual de referencia y contrareferencia
9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS	REQUIERE AJUSTES	El seguimiento a riesgos en la empresa se sustenta en el abordaje de eventos adversos, que requiere unificación de conceptos y fortalecer la cultura del reporte; igualmente se tienen identificados los riesgos por cada proceso caracterizado, se carece de la evidencia de seguimiento y abordaje, la apreciación general es de desconocimiento de este aspecto por el personal en general.

3.1.10.2 Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios PAMEC

El programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad, nace en documento generado, constituido por el sustento conceptual de la normatividad y documentos guía que lo formalizan. La institución cuenta con esta información pero no se encuentra formalizado el comité de calidad ni la trazabilidad de los procesos de mejora continua.

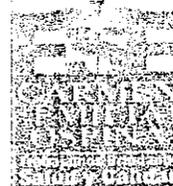
El programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, se sustenta en documento M-6C-01, versión 3, establecido el 1 de Julio de 2009, constituido por el sustento conceptual de la normatividad y documentos guía que lo formalizan, que en su momento emanaron del ministerio de la protección social, estableciendo el paso a paso de la ruta critica y los indicadores correspondientes.



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

Se realizo auto evaluación en Junio de 2.009, de la cual con el Documento M-C6-01, la oficina de calidad emitió factores claves de éxito que convergen en términos de oportunidad, gerencia del riesgo y satisfacción del usuario así:

Características de calidad	Temas relacionados	Puntaje
Oportunidad	Tiempos de espera para que el usuario sea atendido.	4.5
Gerencia del riesgo	Capacidad que tiene la empresa para gestionar los eventos ocurridos dentro de la misma Seguridad de pacientes.	4.5
Satisfacción – lealtad	Grado en el cual los usuarios se encuentran satisfechos con la atención en institución.	4.5
Calidad técnica	Grado en el cual se cumplen con los requisitos establecidos a nivel técnico	4.2
Seguridad	Es la utilización de de elementos estructurales, procesos, instrumentos y Metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, en las actividades de odontología.	4
Pertinencia	Es el grado en el cual los usuarios del servicio de odontología, obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.	3.5
Continuidad	Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones del servicio de odontología, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.	3



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

Luego se determinó la política de seguridad del paciente enfocada en la gestión de eventos adversos como eje fundamental para el desarrollo del PAMEC.

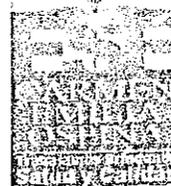
La evidencia de la medición inicial de los procesos con los indicadores en su momento propuestos, se encuentra disgregada en las discusiones y actas del comité técnico, reuniones de control interno con el equipo de auditores asignado y en los archivos de gestión de cada auditor. No se encuentra evidencia de actualización y aprendizaje organizacional.

Se requiere una revisión, actualización conceptual y metodológica del PAMEC, que parta de criterios de acreditación plasmados en los estándares de la resolución 1445 del 2006, actuando sobre los procesos que afectan el cumplimiento de estos estándares superiores de calidad esperada, determinando la efectiva medición de su desempeño y proponiendo el método para disminuir esa brecha.

3.1.10.3 Sistemas de Información

El sistema de información se basa en la generación de un total de 92 indicadores que se reparten en los 19 procesos que tiene la empresa, que comprenden los niveles de direccionamiento y evaluación, misionales y de apoyo. La gran mayoría de estos indicadores se genera de manera mensual y son reportados por los responsables de cada proceso, se observa regularidad en el reporte y los valores reportados se encuentran en rango satisfactorio.

El Tablero de indicadores aunque abarca la totalidad de los procesos asistenciales, no permite valorar mejora continua de una manera práctica y asertiva, igualmente algunos de estos indicadores se podría considerar no sustentan la toma de



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

decisiones. De otro lado la empresa presenta dificultades en la oficialización de los datos, ya que no se utiliza la fuente oficial de información.

3.1.10.4 Sistema Único de Acreditación

La evidencia actual con que se cuenta en la oficina de garantía de la calidad, no incluye aspectos puntuales que se hayan desarrollado con miras a gestionar el diagnóstico y autoevaluación para la acreditación, ya que no se ha realizado un primer ejercicio de autoevaluación en estos estándares superiores de calidad y no se evidencia su abordaje en el PAMEC.

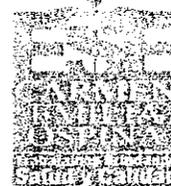
3.2 Análisis del entorno

3.2.1 Entorno Geográfico

La Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina, se encuentra ubicada en la Ciudad de Neiva y presta los servicios a la población ubicada tanto en el área urbana como rural, por lo cual es conveniente situar a la ciudad en un contexto general.

Neiva, está situada entre las bocas de las Ceibas y el río Loro, en el centro de una zona rica en petróleo, oro, plata, cobre, hierro, hulla y cal. Su historia ha estado íntimamente ligada al Tolima e Ibagué, tanto así que durante la colonia y primeros años de la República, los tres formaron parte de un mismo territorio

Su territorio lo forman algunos llanos como el Jardín, 80 metros más alto; la Manguita al Norte; Avichinte y el Chapuro al Oriente; Matamundo al Sur, por el Occidente corre el río Magdalena que separa a la ciudad del Municipio de Palermo.



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

Neiva es un extenso territorio que va desde la Cordillera Central hasta la Cordillera Oriental. Dentro de sus límites hay centros poblados como son : Fortalecillas, la Mata, San Francisco, Peñas Blancas, San Jorge, Guacirco, Busiraco, al Norte; El Cagúan, el triunfo, San Bartolo, El Chapuro, al Sur vegalarga, San Antonio de Anaconia, Santa Helena, Motilón, Palacio, El Colegió, al Oriente; San Luis, Aipecito, Organos, Chapinero, la Occidente.

3.2.1 Entorno Demográfico

En la actualidad Neiva cuenta con un total proyectado de 367.874 habitantes de los cuales el 51% es decir 187.615 son mujeres y el 49% restantes 180.259 son hombres.

La población se encuentra distribuida en los diferentes corregimientos y veredas, a los cuales la ESE Carmen Emilia Ospina presta los servicios de salud , ubicadas así:

➤ CORREGIMIENTO OCCIDENTE

Con sede en el caserío de San Luis y conformado por las veredas de la Julia, Los Alpes, Alto Cocal, El Centro, El Quebrador, Centro Avila, San Luis, La Libertad, El Piñuelo, Corozal, El Palmar, Aipecito, La Unión, La Pradera, El Triunfo, LA Florida, Organos, Chapinero, La Cabaña, La Lindosa, Diamante, Altamira, Líbano, Las Juntas, Horizonte, El Jardín y Omega.



MUNICIPIO DE NEIVA

Un paso por la ciudad



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

➤ CORREGIMIENTO NORTE

Con sede en el caserío de Fortalecillas y conformado por las veredas de San Francisco, Peñas Blancas, San Andrés, San Jorge, Guacirco, Fortalecillas, La Jagua, La Mata, El Venado, La Mojarra y Espinal.

➤ CORREGIMIENTO ORIENTE

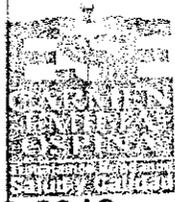
Con sede en el caserío de Vegalarga, conformada por las veredas de: Santa Lucía, Canoas, Ceibas adentro, Motilón, Alto Motilón, Santa Librada, Los Alpes, El Roblal, Las Pavas, San José, La Espiga, San Antonio de Anaconia, Palacio, Vegalarga, El Tabor, El Cedral, Yucales, Las Nubes, San Helena, La Plata, Tuquilla, El Vergel, Los Cauchos, Platanillal, Piedra Marcada, Ahuyamales y Floragaita.

➤ CORREGIMIENTO SUR

Con sede en el caserío del Caguan y conformado por las veredas del Centro, Barro Negro, Santa Bárbara, San Bartolo, Travesía, El Chapuro, El Triunfo y Agua Blanca..

3.2.2 Entorno Económico y Social

Las actividades económicas principales son la agricultura, ganadería y el comercio, los cultivos más importantes son cacao, café, plátano, arroz, frijol, sorgo. La ganadería ha alcanzado un notable desarrollo, especialmente el ganado vacuno. Se explotan minas de oro, plata, caliza, mármol y cobre. La actividad industrial no está



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

muy desarrollada; hay fábricas de elementos de construcción y jabones; tiene importancia la producción artesanal de tejidos y figuras de barro. El comercio es muy activo, ya que Neiva se ha convertido en la principal ciudad del suroccidente colombiano y en el eje de la economía de los departamentos del Huila, Caquetá y Putumayo.

3.2.3 Estructura del sector salud

El Sistema de Seguridad Social en Salud está conformado por:

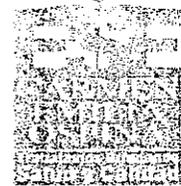
➤ **Organismos de dirección y control**

- Ministerio de la Protección Social
- Superintendencia Nacional de Salud
- Secretaría Departamental de salud
- Secretaría Municipal de Salud

➤ **Organismos de administración y financiación**

- Entidades Promotoras de Salud EPS del régimen contributivo y subsidiadas
- Entidades Adaptadas
- Empresas Solidarias de Salud
- ARS Indígenas
- Cajas de Compensación Familiar
- Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA-

➤ **Organismos de prestación de servicios**



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

- Instituciones de prestación de servicios
- IPS públicas, privadas y mixtas
- Profesionales independientes

➤ Usuarios del Sistema

De conformidad con las disposiciones que organizan el Sistema General de Seguridad Social, la Empresa prestará servicios de salud a los siguientes usuarios:

- Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Todos los afiliados al Régimen Contributivo y al Régimen Subsidiado que se encuentren incluidos en los contratos de prestación de servicios de salud pactados entre la Empresa con las diferentes E.P.S o con autorización previa por parte de la aseguradora.

Se le prestará los servicios de urgencia vital a los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud no incluidos en los respectivos contratos de prestación de servicios, de conformidad con las normas constitucionales y legales vigentes.

- Población no cubierta

Personas pertenecientes a la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana del Municipio de Neiva, sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización al Régimen Contributivo y que no se encuentran afiliadas a una Administradora del Régimen Subsidiado.

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

- Otros Usuarios

Son los usuarios no afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que cuentan con capacidad de pago para acceder a los servicios de salud de la Empresa y cubrir los costos del servicio por su propia cuenta.

Son otros usuarios los cubiertos por otras aseguradoras y los afiliados a regímenes especiales de salud.

- Población General

A la población en general se prestará los servicios incluidos en el Plan de Atención Básica Contratados con el Municipio o el ente territorial competente.

> Planes de Beneficio

- Plan de intervenciones colectiva (PIC)

El PIC es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, prestado directamente por el Estado a través de sus instituciones o por particulares mediante contrato.

El PIC busca garantizar un entorno sano, orientar y coordinar a la población para el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y brindar el conocimiento sobre el uso oportuno y adecuado de los otros planes de atención.

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

Los servicios del PIC serán prestados sin distinción a toda la población de manera gratuita.

- Plan Obligatorio de Salud (POS)

El POS es el conjunto de servicios de atención en salud y reconocimientos económicos al que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al régimen contributivo o subsidiado.

El POS debe ser garantizado por la Empresa Promotora de Salud a todos sus afiliados, en los términos definidos en las normas legales vigentes.

El POS tendrá el enfoque de integridad, mediante el cual se brindan educación, información y fomento de la salud, así como diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales en su presentación genérica, en los diferentes niveles de complejidad.

Son excluidos del Plan Obligatorio de Salud todos aquellos servicios de salud que no contribuyan al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos, suntuarios, y aquellos que expresamente defina el Consejo en el futuro.

- Atención de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP)

Comprende los servicios de atención en salud para eventos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional; serán garantizados por la EPS a la que está afiliado el trabajador, la que repetirá contra la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales.

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

- Atención de Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos

Incluye los servicios de salud que sean requeridos como consecuencia de accidentes de tránsito, catástrofes naturales o acciones terroristas.

Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud están obligados a prestar la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito.

3.2.4 Análisis de la Competencia

Actualmente las siguientes EPS, e IPS se encuentran ubicadas en la ciudad de Neiva

EPS: Nueva EPS, Saludcoop, Sánitas, Coomeva, Humana Vivir, Salud total

EPSS: Solsalud, Caprecom, Cafesalud, Confamiliar, Comparta.

I:P:S: Clínica Neiva, Clínica de la Madre y el Niño, Clínica Medilaser, Clínica Central de Especialistas, Clínica La Inmaculada, Centro Médico del Sur, clínica Uros, Clínica de ortopedia, clínica de cirugía plástica, clínica saludcoop, clínica Emcosalud, Clínica Nueva, clínica Santa Lucía, Cruz Roja, Clínica Profamilia, liga de cancerología, Ese Carmen Emilia Ospina, Hospital Universitario Hernando Moncaleano

Las políticas de las diferentes EPSS de implementar la red de servicios de salud propia, el incremento en el número de IPS que prestan servicios al régimen

MUNICIPIO DE NEIVA

La parte por la vida

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012



306
44
79

subsidiado a menores precios y la aplicación de la normatividad en lo concerniente a la obligatoriedad de las EPS de contratar con la red pública el 60% de los usuarios en los tres niveles de atención, generan un alto riesgo en la permanencia de las empresas estatales, lo cual implica que la ESE Carmen Emilia Ospina, requiere adecuar y fortalecer su red de servicios y definir políticas de mercadeo que garanticen contrataciones superiores a las definidas por la Ley.

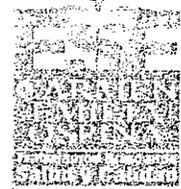
Como ampliación del análisis situacional interno y externo a continuación se presentan los factores que inciden en la organización y resumidos en la matriz DOFA:



2010
80

DOFA

<p>DEBILIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispersión del área administrativa 2. No existen procesos de selección de personal 3. Deficiencia en la estructura organizacional 4. NO existe un sistema de costos implementado 5. Deficiencia en la Operacionalización del sistema de control interno 6. Pérdida de participación en el mercado 7. Desequilibrio presupuestal 2010 	<p>OPORTUNIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Innovación tecnológica, equipos e infraestructura 2. Apoyo del Gobierno Municipal 3. Ampliación de servicios complementarios 4. Exploración de nuevos mercados 5. Satisfacción del usuario 6. Ampliación de cobertura del régimen subsidiado
<p>FORTALEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Naturaleza Jurídica 2. Personal Capacitado para atender servicios 3. Situación financiera actual con indicadores positivos 4. Cobertura urbana y rural 	<p>AMENAZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inestabilidad jurídica del sector 2. Cambios inesperados en la política de salud 3. No contar con información de costos que permita el mercadeo y venta de servicios 4. Incertidumbre sobre las cifras presupuestales del 2010. 5. Las EPS están conformado sus propias IPS 6. Contratación de aseguramiento centralizado de las EPS con sede centralizada diferente a Neiva 7. IPS que ofrecen servicio a menor precio



807
81

ESTRATEGIAS MATRIZ DOFA

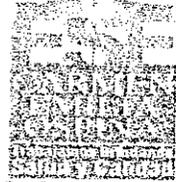
<p>ANALISIS INTERNO</p> <p>ANALISIS EXTERNO</p>	<p>FORTALEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Naturaleza Jurídica 2. Personal Capacitado para atender servicios 3. Situación financiera actual con indicadores positivos 4. Cobertura urbana y rural 	<p>DEBILIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispersión del área administrativa 2. No existen procesos de selección de personal 3. Deficiencia en la estructura organizacional 4. NO existe un sistema de costos implementado 5. Deficiencia en la Operacionalización del sistema de control interno 6. Pérdida de participación en el mercado 7. Desequilibrio presupuestal 2010
<p>OPORTUNIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Innovación tecnológica, equipos e infraestructura 2. Apoyo del Gobierno Municipal 3. Ampliación de servicios complementarios 4. Exploración de nuevos mercados 5. Satisfacción del usuario 6. Ampliación de cobertura del régimen subsidiado 	<p>ESTRATEGIAS FO</p> <p>(Combinar F1, F3, F4 con O1, O2, O3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración, presentación y gestión de proyectos de cofinanciación que fortalezcan la prestación de servicios - Ofrecer servicios complementarios 	<p>ESTRATEGIAS DO</p> <p>(Combinar D1, D2, D3, D4, CON O2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementar el sistema de costos - Redefinir la estructura organizacional - Fortalecer los programas de administración de personal - Promover la afiliación del régimen subsidiado
<p>AMENAZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inestabilidad jurídica del sector 2. Cambios inesperados en la política de salud 3. No contar con sistema de costos. 4. Incertidumbre sobre las cifras presupuestales del 2.010. 5. Las EPS están conformado sus propias IPS 6. Contratación de aseguramiento centralizado 	<p>ESTRATEGIAS FA</p> <p>(Combinar F1, F3, F.4 CON A2, A5, A5)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lograr el equilibrio y mantener el Control Financiero y contable - Elaborar estudio de mercados que permita aprovechar la red de servicios y contrarrestar a nuestros competidores - Adecuar el desarrollo organizacional para fortalecer la naturaleza jurídica 	<p>ESTRATEGIAS DA</p> <p>(Combinar D2, D4, CON A2, A5, A6)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de los procesos de facturación, costos, mercadeo e información - Fortalecer el proceso de selección y administración de personal - Redefinir la oferta de servicios, para la demanda actual y futura.

4. PLATAFORMA ESTRATEGICA

Del análisis del sector y de la empresa objeto del presente estudio se lograron establecer las propuestas de ajuste de la de la Plataforma Estratégica así como los objetivos a desarrollar, con la consiguiente formulación de las estrategias corporativas, que agrupadas en programas gerenciales de desarrollo deben ser tomadas como pautas para el posterior establecimiento de los planes operativos; que permitirán desarrollar una a una dichas estrategias, para que en el período 2.007-2012 para el cual han sido formuladas, la ESE Carmen Emilia Ospina se posicione como la Empresa líder en el Municipio de Neiva en la prestación de servicios de bajo nivel de complejidad.

4.1 MISION

CONTRIBUIR A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN NEIVANA A TRAVES DEL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD DE LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y VINCULADOS DEL MUNICIPIO, PARTICULARES Y ENTIDADES QUE DEMANDEN SERVICIOS, CON ENFÁSIS EN DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA, MANTENIENDO UN PROCESO CONTINUO DE MEJORAMIENTO DEL RECURSO HUMANO, CIENTIFICO, FISICO Y TECNOLOGICO.



200
48
83

4.2 VISION

EN EL 2011 LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA, SERÁ LA MEJOR EMPRESA DEL SURCOLOMBIANO, EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJO NIVEL DE COMPLEJIDAD, ATENDIENDO CON CALIDAD Y CALIDEZ LAS EXIGENCIAS DE LOS USUARIOS, QUE CONTRIBUYAN A LA EQUIDAD SOCIAL, CON INSTALACIONES AMPLIAS Y SUFICIENTES.

4.3 Principios Corporativos

Para cumplir con su objeto la empresa asumirá como principios básicos los siguientes:

➤ **Respeto a la Dignidad Humana.**

Garantizando hasta donde este al alcance de la empresa, los derechos universales e irrenunciables de la persona y comunidad para mejorar la calidad de vida y el desarrollo individual y social, de conformidad con la dignidad que deba reconocerse a todo ser humano y los recursos disponibles por la institución.

➤ **Universalidad**

Atendiendo a todas las personas que soliciten nuestros servicios, sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida, de conformidad con las disposiciones legales y los recursos disponibles.

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

> Integralidad

Brindando atención continua y oportuna a las familias y a las personas, en su contexto bio – psico- social, con servicios de optima calidad, humana, científica y técnica, en el marco de los servicios que constituyen nuestro portafolios.

> Eficiencia

Buscando la mejor aplicación del talento humano y de los recursos administrativos, tecnológicos y financieros disponibles, con criterios de rentabilidad social y económica.

> Eficacia

Garantizando, en la medida en que nuestras condiciones nos lo permitan, la solución de aquellos problemas de salud de la población usuaria que correspondan a sus principales necesidades y expectativas.

> Solidaridad

Ampliando la cobertura con servicios de salud, a las personas de nuestra área de influencia con mayores limitaciones de acceso.

> Calidad

Buscando mejorar permanentemente nuestros patrones predefinido para caracterizar la gestión y los servicios.



➤ Equidad

Atendiendo a las personas y grupos de población expuestos a mayores riesgos para su salud, con el fin de brindarles aquella protección especial que este a nuestro alcance.

5. FORMULACION DEL PLAN

5.2 Objetivos Generales

- Prestar servicios de salud del primer nivel de complejidad, de manera integral, eficiente y efectivo, que cumplan con las normas de calidad establecidas y haciendo énfasis en detección temprana y protección específica.
 - Fortalecer la capacidad institucional y el desarrollo organizacional
 - Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina.
-



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

5.3 Plan General

POLITICAS NACIONALES	OBJETIVOS CORPORATIVOS	ESTRATEGIAS O PROYECTOS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES
1. Mejorar el acceso a los servicios de salud 2. Mejorar la calidad de la atención en salud.	1. Prestar servicios de salud de bajo nivel de complejidad, de manera Integral, eficiente y efectivo, que cumplan con las normas de calidad establecidas y haciendo énfasis en detección temprana y protección específica.	Llevar "el modelo de atención familiar al "20% de las familias de los usuarios subsidiados de la institución	Conocer los Núcleos Familiares por comuna de origen de Nuestros Usuarios	Priorizar el 20% de los grupos familiares de usuarios identificados por comunas	Numero de familias priorizadas / Numero total de Familias Referenciadas.
			Determinar los Factores de Riesgo en la Población Objetivo.	Determinar factores de riesgos al 100% de las familias priorizadas	Numero de familias con factores de riesgo determinados / Numero de familias priorizadas
			Priorizar las Acciones por Morbilidad Asociada.	Determinar acciones a implementar al 100% de las familias priorizadas	Numero de familias con plan de atención / Numero de familias priorizadas.
			Focallzar la población por grupos de atención para Atención Familiar.	Atender al 100% de las familias priorizadas por grupos de atención	Numero de familias atendidas / Numero de familias priorizadas.
			Prestación del Servicio Ambulatorio de Salud por "Modelo de Atención Familiar".	Aplicar el "modelo de atención familiar" al 100% de los grupos familiares priorizados	Numero de familias con Modelo implementado / Numero de familias priorizadas.

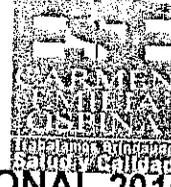
2010
 2011



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

POLITICAS NACIONALES	OBJETIVOS CORPORATIVOS	ESTRATEGIAS O PROYECTOS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES
1. Mejorar el acceso a los servicios de salud 2. Mejorar la calidad de la atención en salud.	1. Prestar servicios de salud de bajo nivel de complejidad, de manera integral, eficiente y efectivo, que cumplan con las normas de calidad establecidas y haciendo énfasis en detección temprana y protección específica.	Desarrollo de "estilos de vida saludable" en el 20% de los núcleos familiares priorizados	Identificar la población con desnutrición / sobrepeso / obesidad en la población objetivo.	Índice de Masa Corporal (IMC) optimo en el 20% de las Familias Priorizadas.	Índice de Masa Corporal (IMC) optimo en el 20% de las Familias Priorizadas.
			Identificar la población con adicción al tabaquismo y sustancias psicoactivas en la población objetivo.	Capacitar al 100% de la población objetivo en tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas.	Numero de familias con tabaquismo y sustancias psicoactivas capacitadas / Numero de familias objetivo
			Identificar las parejas con alteraciones de la convivencia familiar en la población objetivo.	Promover el buen trato en el 100% de las familias objetivo.	Total familias con terapia del buen trato/ Total familias objetivo
			Intervenir la población con Enfermedades Crónicas en la población objetivo	100% de Adherencia al programa de enfermedad crónica	Número de personas adheridas al programa/ Total población objetivo
			Desplegar la Salud al Colegio.	Realizar Talleres Estilos de Vida al 100% de los colegios de la población objetivo.	Talleres Estilos de Vida realizados / Total Colegios programados
			Dar continuidad a la estrategia escuelas libres de caries	Efectuar tratamiento odontológico integral al 100% de los niños identificados	Tratamientos terminados/Tratamientos iniciados
			Promover la participación del Joven desescolarizado en el Día de la Salud.	Realizar 12 días de la salud al Joven desescolarizado de la población objetivo.	Días de la Salud realizados / Días de la Salud programados

2012



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

POLITICAS NACIONALES	OBJETIVOS CORPORATIVOS	ESTRATEGIAS O PROYECTOS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES
1. Mejorar el acceso a los servicios de salud 2. Mejorar la calidad de la atención en salud.	1. Prestar servicios de salud de bajo nivel de complejidad, de manera integral, eficiente y efectivo, que cumplan con las normas de calidad establecidas y haciendo énfasis en detección temprana y protección específica.	Garantizar el 100% de gestión clínica segura	Definir metodología de Gestión de riesgo	Metodología establecida e implementada	Guía de gestión del riesgo implementado
			Establecer Cultura de seguridad	Capacitar al 100% de los servidores del área asistencial en gestión del riesgo	Servidores Capacitados*100/Total servidores
			Gestión eventos adversos	Gestionar el 100% de eventos adversos	Eventos Gestionados *100/Total eventos presentados
		Ofrecer Servicios complementarios	Definir nuevos servicios a ofertar	Establecer los nuevos servicios a ofertar	Servicios nuevos ofertados/ Nuevos servicios programados

297
88



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

POLITICAS NACIONALES	OBJETIVOS CORPORATIVOS	ESTRATEGIAS O PROYECTOS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES
1. Mejorar el acceso a los servicios de salud 2. Mejorar la calidad de la atención en salud.	1. Prestar servicios de salud de bajo nivel de complejidad, de manera integral, eficiente y efectivo, que cumplan con las normas de calidad establecidas y haciendo énfasis en detección temprana y protección específica.	Construcción y dotación de centros de atención amigables y confortables	Construcción centro de salud integral Materno infantil	Asegurar la cofinanciación total del proyecto y construcción primera etapa del mismo	Proyecto cofinanciado Etapa construida/Etapa proyectada
			Construcción centro de salud Comuna 6	Construcción segunda etapa	Etapa construida/Etapa proyectada
			Construcción centro de salud Comuna 6	Elaboración de diseños, presupuestos, proyecto y aprobación ante el Ministerio de la protección social	Proyecto aprobado
			Adecuación centro de salud IPC	Presentación del proyecto al Departamento para su cofinanciación	Proyecto presentado
		Fidelizar los usuarios a la ESE	Cumpliendo con el Servicio.	Terminación y Puesta en funcionamiento centro de salud IPC	Proyecto construido
				Publicación Epidemiológica del Comportamiento del Estado de Salud de los Usuarios	Numero de Informes. Año / Numero Informes programados
Cumplimiento del 100% de los estándares de la calidad del servicio	Numero de Indicadores Cumplidos / Números de Indicadores Definidos				

2010
 09
 2012



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

POLITICAS NACIONALES	OBJETIVOS CORPORATIVOS	ESTRATEGIAS O PROYECTOS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES
3. Generar eficiencia en la prestación de servicios de salud y lograr la sostenibilidad financiera de las IPS públicas.	Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina.	Implementación del sistema de costos	Estructurar la oficina de costos	Definir costos por unidad producida	Sistema implementado
		Lograr el equilibrio financiera de la empresa	Ajuste del costo y gasto de la ESE a fin de lograr el equilibrio financiero	Desmante de primas técnicas de acuerdo a la normatividad	Primas técnicas desmontadas
				Ajuste del valor de honorarios en la contratación acorde con los precios de mercado	Honorarios ajustados
				Redefinición presupuesto 2010	Presupuesto redefinido
				Creación de los comités de Contratación. Compras y activos fijos	Comités creados/ comités programados
				Definición de política de descuentos por pronto pago	Política definida

Handwritten signature and date: 2010

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

POLITICAS NACIONALES	OBJETIVOS CORPORATIVOS	ESTRATEGIAS O PROYECTOS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES
4. Desarrollo del talento humano 6. Democratización de la administración pública 9. Moralización de la administración pública 10. Rediseños organizacionales.	Fortalecer la capacidad institucional y el desarrollo organizacional	Fortalecimiento del talento humano	Definición y ajuste de las políticas del talento humano	Definir procesos de selección basados en perfiles y competencias	Manual elaborado
				Rediseñar el proceso de inducción y reinducción	Proceso rediseñado
				Establecer y desarrollar el plan de capacitación, bienestar social e incentivos	Plan establecido y desarrollado
		Lograr la participación ciudadana en el desarrollo y gestión empresarial	Fortalecimiento de sistema de Información y atención al usuario	Implementación del CALL CENTER	Call Center implementado
				Capacitación al usuario	Capacitaciones efectuadas / Total Capacitaciones programadas
				Definición de política de inclusión social	Política definida
				Adecuar la estructura funcional de la empresa	Estudio elaborado
		Modernizar la estructura funcional de la empresa	Desarrollo de las políticas de plan general de archivos	Elaboración tablas de retención documental	Tablas elaboradas
				Definición políticas de archivo,	Políticas definidas
				Digitalización del archivo de contratación	Archivo digitalizado

10
262



293
92

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

ARTICULO SEGUNDO: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de expedición

Dado en Neiva, a los 15 de JUNIO 2010

LUIS MIGUEL LOSADA POLANCO
Presidente

DORIS JANETH GONZALEZ CLAVIJO
Secretaria



2870
93

PLAN DE GESTION

PLAN DE GESTION

PERIODO MARZO 2010 – MARZO 2012

DORIS JANETH GONZALEZ CLAVIJO
GERENTE

Neiva, Abril de 2.010

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 819.085.268-7
ACUERDO N° 008 DE 2.010

05 MAR 2010

207
94

10 MAR 2010

"Por medio del cual se aprueba el plan de Gestión de la Gerente de la ESE Carmen Emilia Ospina por el periodo comprendido entre el 15 de Marzo de 2.010 y el 31 de Marzo de 2.012"

La Junta Directiva de la ESE Carmen Emilia Ospina, en uso de sus atribuciones legales, en especial las definidas en el Artículo 4 del Decreto 357 de 2.008 y la Resolución 473 de 2.008 y

CONSIDERANDO

Que la Dra. Doris Janeth González Clavijo, fue nombrada como Gerente de la ESE Carmen Emilia Ospina, previo agotamiento del proceso meritocrático, mediante el Decreto 126 del 8 de Marzo de 2.010 hasta el 31 de Marzo de 2.012.

Que la Dra. Doris Janeth González Clavijo, tomó posesión del cargo el día 15 de Marzo de 2.010.

Que el Decreto 357 de 2.008 dispone en su artículo 2, que el Director o Gerente de la Empresa Social del Estado, deberá presentar el plan de Gestión de la misma, dentro de los treinta días hábiles siguientes a su posesión.

Que el plan de Gestión fue presentado ante la presidencia de la Junta Directiva el día 21 de Abril de 2.009, ajustado a lo determinado en el Artículo 3 y subsiguientes de la Resolución 473 de 2.008, expedida por el Ministerio de la Protección Social.

Que la Junta Directiva en sesión del 10 de Mayo de 2.010, dentro del plazo establecido por el Artículo 4 del Decreto 357 de 2.008, efectuó el estudio y revisión y la gerente efectuó la sustentación respectiva del plan de gestión, el cual se ajusta a lo definido en la normatividad vigente.

En mérito a lo expuesto

ACUERDA

ARTICULO PRIMERO: Aprobar el plan de Gestión presentado por la Gerente de la ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva por el periodo comprendido entre el 15 de Marzo de 2.010 al 31 de Marzo de 2.012.

Zona Sur
Calle 2 C No. 27-11 Barrio Los Parques
Calle 26 No. 27-11 Barrio Los Parques
PBX: 8700049 - 870 6428
Neiva

Zona Oriente
Calle 18A entre Carrera 84 y 55 Hospital Comuna 10
Calle 18A entre Carrera 84 y 55 Hospital Comuna 10
PBX: 8773188 - 8772737/35
Calle 11 No. 25-45 Barrio 7 de Agosto
Calle 11 No. 25-45 Barrio 7 de Agosto
PBX: 8703623 - 8703622
Neiva

Zona Norte
Calle 14 No. 46 Barrio Guadalupe
Calle 14 No. 46 Barrio Guadalupe
PBX: 8754118 - 8754273
Teléfono 8759805
Oficina Principal
Neiva

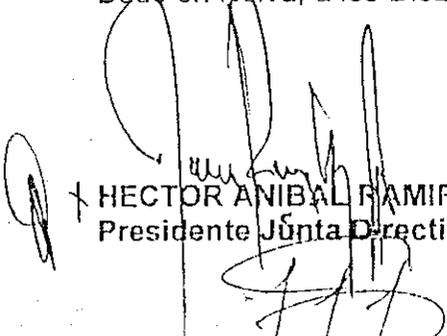
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
EMERGENCIAS DEL ESTADO
CARNILES ECOLÓGICAS PINA

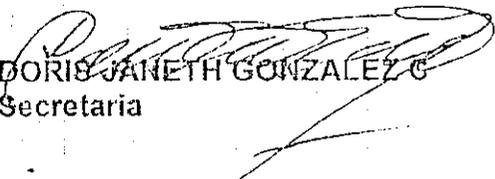
29B
95

ARTICULO SEGUNDO: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Mérida, a los Diez (10) días de mayo de 2010


HECTOR ANIBAL RAMIREZ E
Presidente Junta Directiva


DORIS JANETH GONZALEZ C
Secretaria

V.B DUBER ANTONIO SANCHEZ J
Asesor Jurídico

Zona Sur
Calle 2 C No. 28-13 Barrio Los Parques
Mérida
PBX: 8700428 - 8706428
Calle 2C No. 28-13 Barrio Los Parques
PBX: 8700428 - 8706428
Mérida

Zona Oriente
Calle 18A entre Carrera 54 y 55 Hospital Comuna 10
Mérida
PBX: 8773188 - 86723478
Calle 11 No. 25-15 Barrio 7 de Agosto
PBX: 8705623 - 8705622
Mérida

Zona Norte
Calle 4 No. 8-30 Barrio Gracias
Mérida
PBX: 8754111 - 8754273
Teléfono: 878980805
Oficina Principal
Mérida



289
96

PLAN DE GESTIÓN

TABLA DE CONTENIDO

CONCEPTO	PAG
1. JUSTIFICACION	1
2. MARCO LEGAL	2
3. MARCO CONCEPTUAL	2
3.1 PROPOSITOS DEL PLAN DE GESTIÓN	2
3.2 ESTRUCTURA DEL PLAN DE GESTIÓN	3
3.2.1. METAS DE GESTIÓN Y RESULTADOS	3
3.2.2. ACTIVIDADES DEL PLAN DE GESTIÓN	4
4. DIAGNOSTICO GENERAL DE LA ESE	5
4.1 Área de Gestión Gerencial o estratégica	5
4.1.1 Direccionamiento Estratégico	5
4.1.2 Gestión Financiera.	5
4.1.2.1 Resultados de la gestión financiera	5
4.1.2.2 Gestión Presupuestal	13
4.1.2.3 Cartera	16
4.1.2.4 Facturación	17
4.1.2.5 Costos	18
4.1.2.6 Opinión de los estados financieros	18
4.1.2 Sistema de Información	19
4.1.3 Implementación Sistema de Control Interno	22
4.1.4 Procesos Judiciales contestados dentro del término legal	

278
97



PLAN DE GESTION

(Incluidas tutelas)	22
4.2 Área de Prestación de servicios	25
4.2.1 Oferta de Servicios	25
4.2.2 Prestación de servicios de salud	26
4.2.3 Indicadores de Calidad	27
4.2.4 Implementación Sistema Obligatorio de Calidad	29
4.2.4.1 Sistema Único de Habilitación	29
4.2.4.2 Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios	
PAMEC	32
4.2.4.3 Sistemas de Información	34
4.2.4.4 Sistema Único de Acreditación	34
4.2.5 Contratación de Prestación de servicios con las EPS	35
4.3 Área Administrativa	36
4.3.1 Talento Humano	37
4.3.2 Recursos Físicos	38
4.3.3 Contratación	39
4.3.4 Mantenimiento	40
4.3.5 Transporte y Comunicaciones	40
4.3.6 Archivo	40
4.3.7 Programa de Salud Ocupacional	41
4.3.8 Deudas de salarios, prestaciones sociales, parafiscales y pago de contratistas	42
4.4 Proyectos en Ejecución	43
4.5 Tablero Indicadores Resolución 473 de 2008	45
5. DEFINICION DEL PLAN DE GESTION	47
5.1 Objetivo General	47

PLAN DE GESTION



289
98

5.2 Objetivos Específicos	47
5.3 Alcance	47
5.4. Lineamientos Generales del Plan de gestión	47
5.4.1 Compromisos específicos por cada área de gestión	49
5.4.1.1 Gestión Directiva y Estratégica	50
5.4.1.2 Gestión de prestación de servicios	51
5.4.1.3 Gestión Administrativa	52
6. INDICADORES DEL ANEXO TÉCNICO RESOLUCIÓN 473/2008	52
6.1. GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA	53
6.1.1. Cumplimiento del plan estratégico, de desarrollo u operativo.	53
6.1.2. Equilibrio financiero operacional ajustado	54
6.1.3. Equilibrio o déficit presupuestal del período	56
6.1.4. Porcentaje de participación de los ingresos provenientes de la venta de servicios en la financiación de la entidad	58
6.1.5. Razonabilidad de los estados financieros	59
6.1.6. Cumplimiento en el reporte de la información del Decreto 2193 de 2004	60
6.1.7. Calificación de la gestión de control interno	60
6.1.8. Procesos Judiciales contestados dentro del término legal	62
6.2. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	63
6.2.1. Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica general	64
6.2.2. Oportunidad de la atención en consulta de urgencias	66
6.2.3. Proporción de vigilancia de eventos adversos	67
6.2.4. Porcentaje de satisfacción de usuarios	69
6.2.5. Certificación del cumplimiento de requisitos de habilitación	70
6.3. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	71

~~205~~
99



PLAN DE GESTION

6.3.1. Monto de la deuda de salarios superior a un (1) mes	71
6.3.2. Monto de la deuda de aportes a seguridad social	72
6.3.3. Monto de la deuda de parafiscales	72
6.3.4. Número de accidentes de trabajo gestionados durante el período	73
6.3.5. Fenecimiento de la cuenta	73
6.3.6. Monto de la deuda a contratistas o terceros superior a un (1) mes	74
7. RIESGOS INHERENTES AL NO CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y METAS PROPUESTAS.	74

PLAN DE GESTION

1. JUSTIFICACION

El Decreto 357 de 2008, regula los aspectos relacionados con la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión que debe ser ejecutado por los Gerentes de las E.S.Es del orden territorial, durante el período para el cual fueron designados mediante concurso o reelección; así como establecer condiciones para la reelección de los mismos.

De conformidad con lo establecido en el citado decreto, la Gerente de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, presenta el presente plan de Gestión, que contiene las metas de gestión y resultados relacionados con producción y mejoramiento en la calidad de la prestación de servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de recursos, que tendrá correspondencia con el plan estratégico y los planes funcionales u operativos, que se definirá en forma participativa y servirá de norte en el quehacer institucional del periodo comprendido entre Marzo 2010 y Marzo de 2012, periodo para el cual fui elegida.

Además del cumplimiento de la normatividad, la E.S.E. está obligada a planear e implementar estrategias encaminadas a prestar cada día los servicios de salud con calidad, eficiencia y eficacia, de tal forma que cumpla con su misión y objetivos y logre obtener resultados que le permitan subsistir y crecer. Esto conduce a la fijación de objetivos y metas, al desarrollo de estrategias y planes y a la toma de decisiones hoy, para los resultados del mañana.



~~284~~
201

PLAN DE GESTIÓN

2. MARCO LEGAL

Ley 909 de 2.004.

Ley 1122 de 2.007

Ley 1151 de 2007

Decreto 357 de 2.008

Resolución 473 del 2.008

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 PROPOSITOS DEL PLAN DE GESTIÓN

Son propósitos del Plan de Gestión de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, entre otros, los siguientes:

- a) *Retroinformación.* Proporciona información y elementos de medición para reformular los planes e introducir ajustes en la programación y ejecución de las acciones institucionales;
- b) *Evolución y tendencia.* Facilita la observación del comportamiento histórico de las variables de desempeño;
- c) *Divulgación.* Mejora los niveles de comunicación mediante la divulgación de los resultados de la gestión;
- d) *Eficiencia.* Establece la eficiencia alcanzada en la administración de los recursos humanos, financieros y físicos;
- e) *Eficacia.* Mide la capacidad gerencial para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios y de la entidad;



~~102~~
102

PLAN DE GESTIÓN

f) *Impacto*. Expresa la magnitud del impacto logrado en la solución de la problemática relacionada en el plan;

g) *Coherencia*. Establece si las acciones realizadas son coherentes con la misión, las políticas y las estrategias definidas para la Empresa Social del Estado.

3.2 ESTRUCTURA DEL PLAN DE GESTIÓN

3.2.1. METAS DE GESTIÓN Y RESULTADOS

El Plan de Gestión contiene las metas de gestión y resultados relacionados con la producción y mejoramiento de la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos.

a) *Gestión gerencial y estratégica*. Cumplimiento de logros estratégicos, tales como: equilibrio operacional; crecimiento y mantenimiento de la participación en el mercado; implementación del sistema de información enfocado a los procesos y resultados empresariales; desarrollo del sistema de control interno y seguimiento a los procesos de defensa judicial;

b) *Gestión de la prestación de servicios de salud*. Desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud;

c) *Gestión administrativa*. Cumplimiento de las obligaciones laborales y de riesgos profesionales.

Así mismo, todos los aspectos del Plan de Gestión contienen variables de medición de resultados comprobables y las fuentes de información que permiten soportar los resultados de la gestión, corresponder a informes articulados con el



282
103

PLAN DE GESTIÓN

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y de los organismos de vigilancia y control.

3.2.2. ACTIVIDADES DEL PLAN DE GESTIÓN

a) *Actividades relacionadas con la gestión directiva y estratégica.* Son las derivadas de la función diferenciadora de la dirección y gerencia, se caracterizan porque a través de ellas se operacionaliza y se ejecuta directamente la misión institucional. Se materializan con el seguimiento al desarrollo estratégico de la entidad, el análisis financiero, operacional y presupuestal de la misma y con el seguimiento al comportamiento en el mercado de la prestación de servicios de salud, la aplicación del Sistema de Control Interno y la garantía de una adecuada unidad de intereses de la entidad;

b) *Actividades de la prestación de servicios de salud.* Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutive de cada entidad. Se materializan con el seguimiento a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud con enfoque en seguridad al paciente y con el desarrollo, en lo pertinente, de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud;

c) *Actividades de gestión administrativa.* Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud.



~~280~~
104

PLAN DE GESTION

4. DIAGNOSTICO GENERAL DE LA ESE

4.1 Área de Gestión Gerencial o estratégica

Esta área incluye el análisis de los aspectos de direccionamiento estratégico, la gestión financiera, los sistemas de información, control interno y gestión de la defensa judicial.

4.1.1 Direccionamiento Estratégico

La ESE Carmen Emilia Ospina, cuenta con el plan desarrollo institucional 2007-2011, al igual que el Plan de acción como mecanismos ejecutor del plan de desarrollo y de evaluación del mismo, herramientas que se encuentran en proceso de ajuste, para adaptarlos a los lineamientos de la nueva administración.

4.1.2 Gestión Financiera.

4.1.2.1 Resultados de la gestión financiera

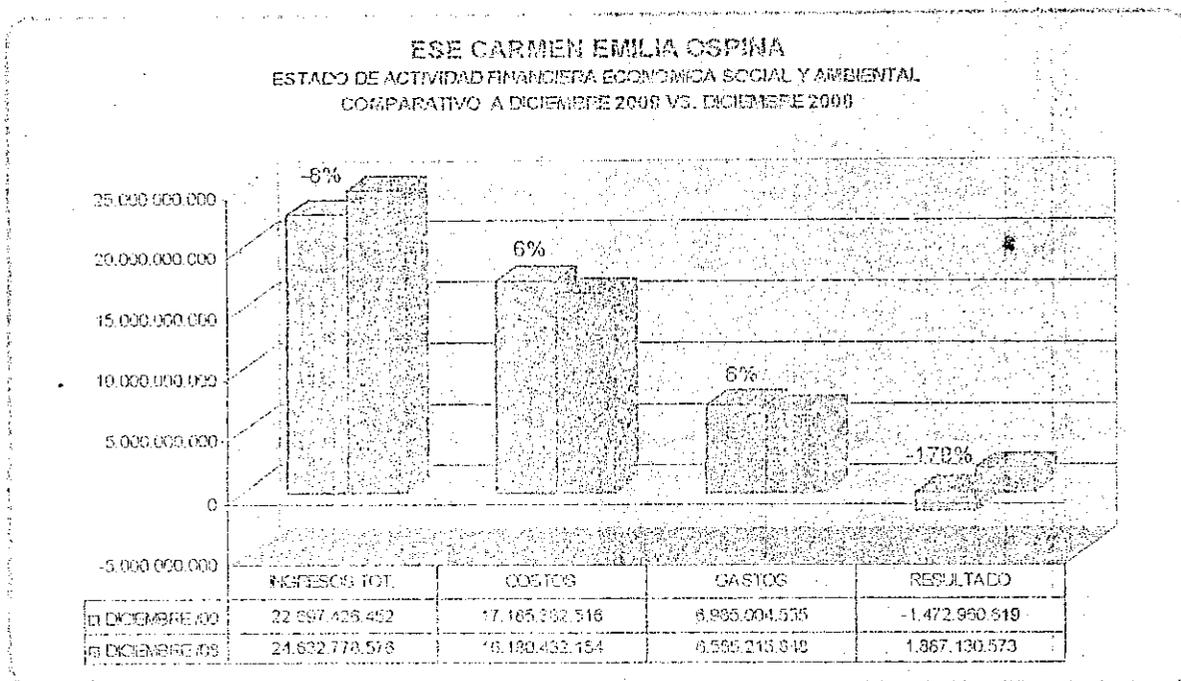
Los indicadores de equilibrio operacional y equilibrio presupuestal a corte 31 de Diciembre 2.009, de acuerdo con la fórmula del indicador definida en la resolución 473 de 2.008, presentan resultados negativos, es así que el equilibrio financiero operacional ajustado se ubica en \$-3,213,9 millones y el Déficit presupuestal de la vigencia arroja un resultado de \$-9.094 millones.

El área financiera cuenta con personal capacitado para ejecutar las tareas en cada uno de los procesos financieros y se concilia la información en forma mensual con el fin de darle confiabilidad y validez a la misma.



PLAN DE GESTION

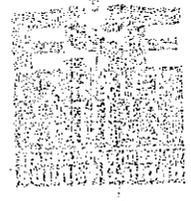
Frente al resultado financiero, con corte a 31 de diciembre de 2009, presentan por primera vez unos resultados negativos como consecuencia de situaciones adversas que afectaron directamente los ingresos de la entidad, presentándose al final de la vigencia una pérdida de \$1.472.9 millones frente a un excedente del año 2008 de \$1.887.1 millones, obteniéndose así una variación de -178.1% frente al resultado del año 2008, como se observa en la gráfica siguiente:



Fuente: Área Financiera ESE CEO

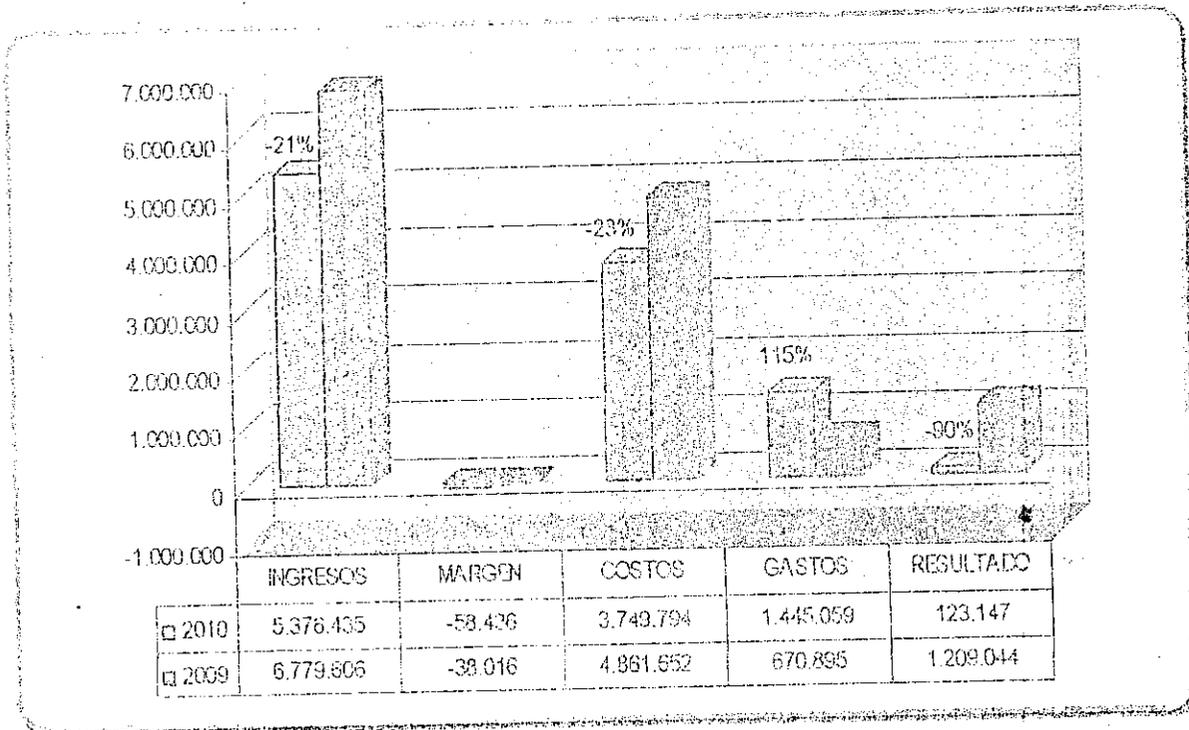
A 31 de marzo de 2010, el estado de la situación financiera de la Empresa, presenta un excedente de \$123.1 millones, como se muestra en la gráfica siguiente. Es importante aclarar que la determinación financiera de la Empresa no

279
106



PLAN DE GESTION

se tuvo en cuenta recursos que ingresaron por valor de \$3.350 millones, de convenio con el Municipio para la Construcción del CAIMI.



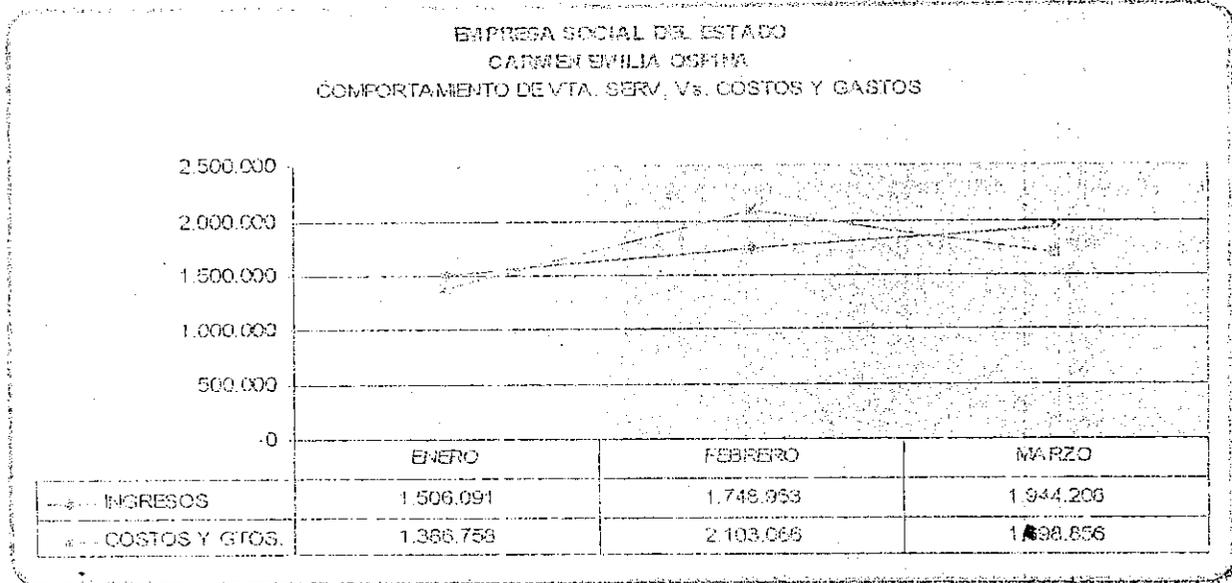
Fuente: Área Financiera ESE CEO



228
107

PLAN DE GESTION

Comportamiento de Costos y Gastos Frente a los Ingresos



Fuente: Área Financiera ESE CEO

Al unificar los costos y gastos y compararlos frente a los ingresos por venta de servicios observamos que en el mes de febrero se presenta un crecimiento que supera la venta de servicios y esto es consecuencia de la liquidación de contratos que terminaban el 20 de enero de 2010 pero los contratistas dejaron de presentar las cuentas en enero para presentarlas el mes de febrero, así como los diez días de enero en su mayoría se cobraron con las cuentas de febrero. De este comparativo se obtiene que los ingresos supera en \$123.1 millones la sumatoria de costos y gastos.



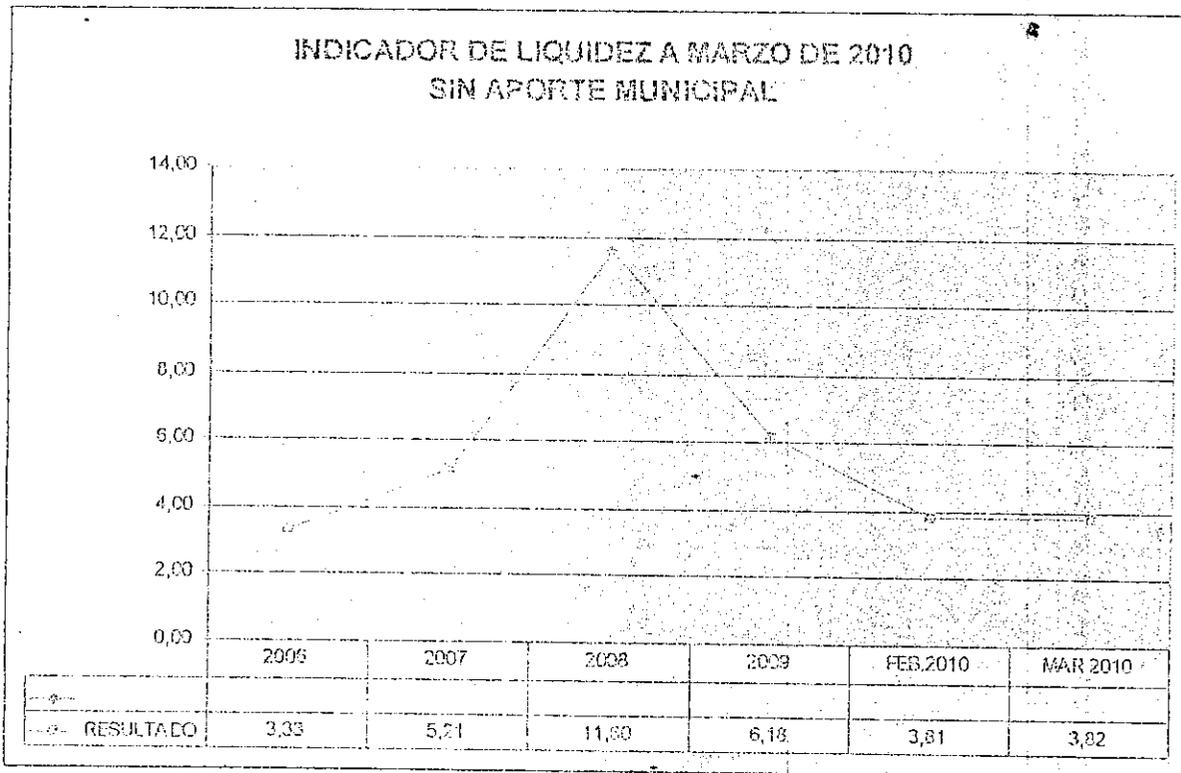
277
108

PLAN DE GESTION

INDICADORES DE IMPACTO

Los indicadores de impacto y sostenibilidad financiera en la actualidad son adecuados, pero tienen una tendencia negativa que es necesario intervenir para buscar el equilibrio y encauzar la empresa hacia las sendas del crecimiento; el comportamiento a 31 de Marzo de 2.010, es el siguiente, teniendo en cuenta que no se incluyen los recursos en cuantía de \$3.350 millones del convenio con el Municipio para la construcción del CAIMI.

Razón de Liquidez



Fuente: Área Financiera ESE CEO

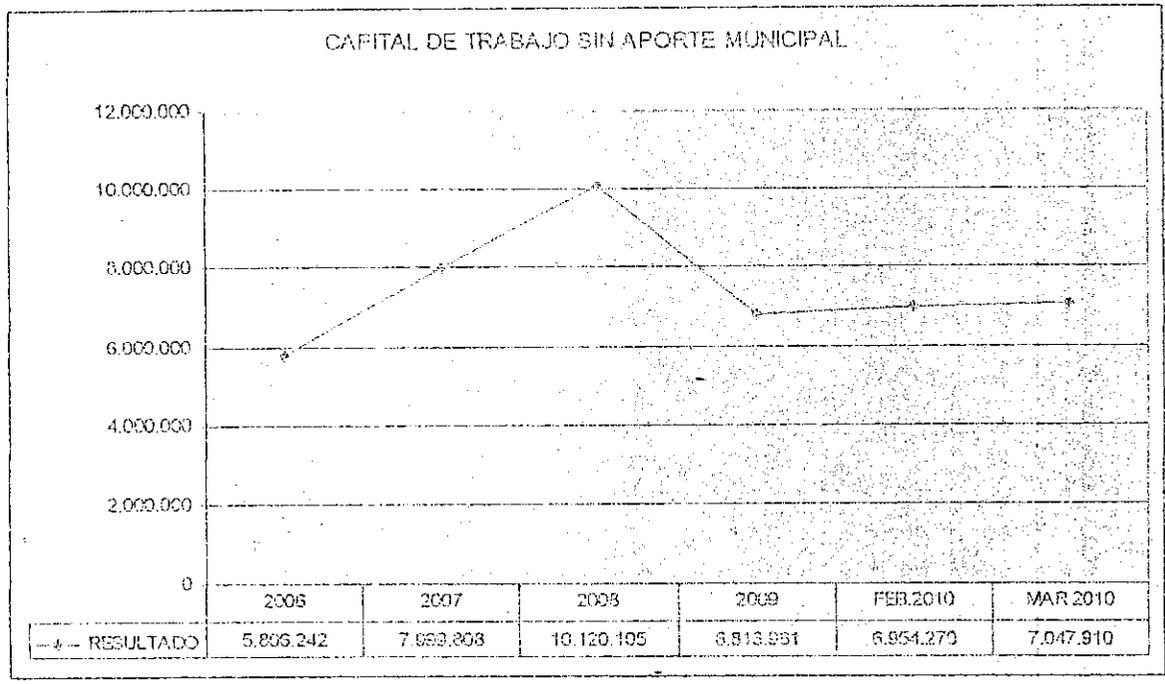


298
109

PLAN DE GESTION

La razón de liquidez que establece la capacidad de responder por las obligaciones contraídas por la entidad. Como observamos en la gráfica anterior desde el año 2006 al 2008 el índice de liquidez se ha ido incrementado, es así que para el año 2.006 es de 3.33, para el 2.007, 5.21, para el año 2.008 alcanzó 11.6 y se redujo drásticamente a Diciembre de 2.009 a 6.18, como consecuencia de la disminución del efectivo en más de \$2.980.8 millones y al incremento del pasivo en \$361.3 millones. Para el año 2010 a Marzo 31, el índice de liquidez se ubica en 3.82, sin tener en cuenta los recursos del convenio con el Municipio para construir el CAIMI por \$3.350 millones que aun es un indicador muy bueno considerando que la relación ideal es de 1 a 1

Capital de Trabajo



Fuente: Área Financiera ESE CEO

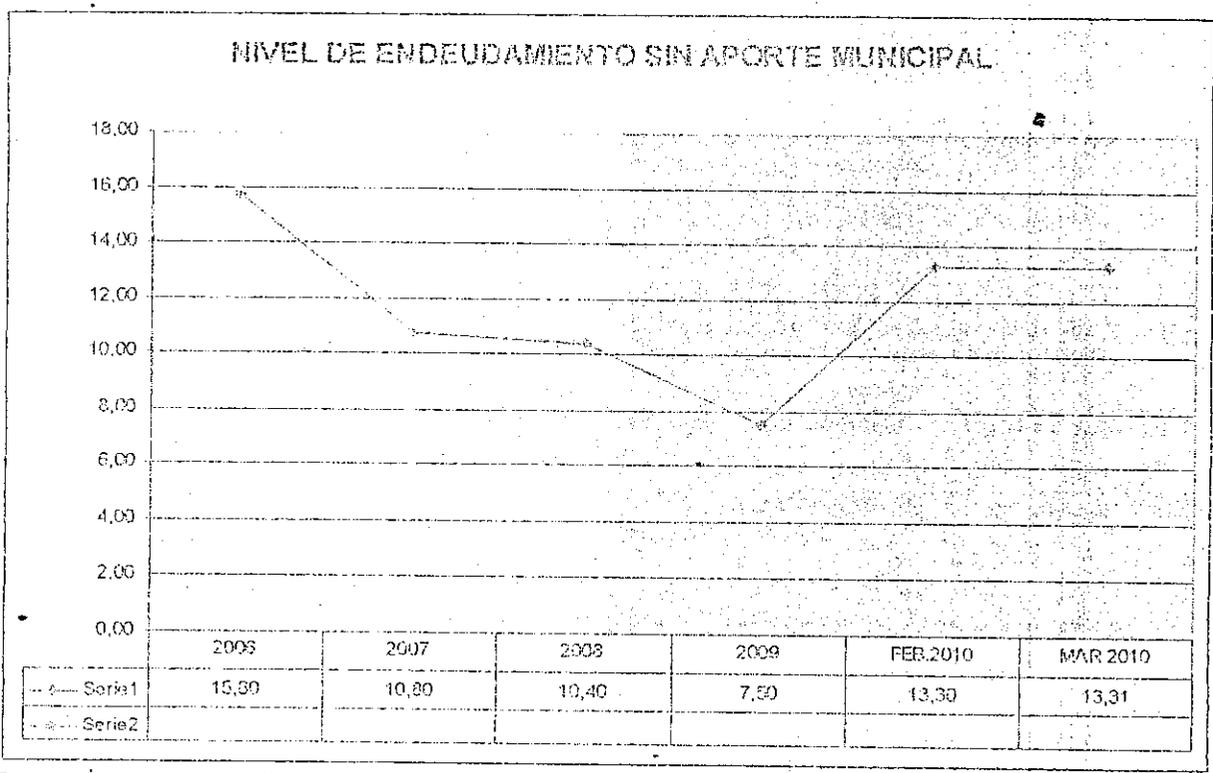


278
110

PLAN DE GESTION

La disminución del efectivo en más de \$2.980.8 millones en el año 2009, afecta en la misma forma el capital de trabajo que pasa de \$ 10.120.1 millones en el año 2008 a \$ 6.813.9 millones en el año 2009 y se incrementa levemente a corte 31 de Marzo de 2010 al pasar a \$7.047 millones, observándose una caída considerable en los recursos disponibles que cada vez más imposibilita la realización de inversiones con recursos propios y nos deja abocados a la posibilidad de utilización de los recursos del crédito para la realización de estas.

Nivel de Endeudamiento



Fuente: Área Financiera ESE GEO



224
111

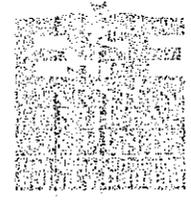
PLAN DE GESTION

El nivel de endeudamiento como se observa en la gráfica anterior ha disminuido desde el año 2006 al tener un porcentaje de 15.80% al 7.5% en el año 2.009 y se incrementa a 13.31% a Marzo 31 de 2010. Si se analiza la composición del pasivo no existe un endeudamiento real, sino que corresponden a cuentas por pagar en tránsito, lo cual es una fortaleza de la entidad.

TABLERO DE INDICADORES

INDICADOR	2,008	2,009	Mar-10	Observación
CAPITAL NETO DE TRABAJO	10,754.9	8,813.9	7,047.9	La empresa cuenta con un capital de trabajo de \$7,047,9 millones para desarrollar su objeto social
RAZÓN LIQUIDEZ	11.6	6.18	3,82	Por cada peso que la empresa debe a corto plazo cuenta con \$3,82 disponibles para cancelarlos
ENDEUDAMIENTO TOTAL	5.13%	7.53%	13,31	Del total de los activos de la empresa se encuentra comprometido con terceros el 13,31%.
MARGEN UTILIDAD NETA	8%	-6.8%	2,28%	El margen neto de utilidad de la empresa a 31 de diciembre de 2009 es del -6.8%
(GASTO + COSTOS) / INGRESOS TOTALES	92.3%	106.5%	97,71%	Los costos y gastos de la empresa representan el 106.5% del valor total de los ingresos en el 2009, mientras que en el 2008 representan el 92.3%
ROTACION GENERAL DE CARTERA	3.43	2.95	2.60	La cartera se recupera en su totalidad 2.6 veces en el año
PERIODO PROMEDIO DE COBRO	105	122	133	El promedio de rotación de cartera durante el año 2010 es de 133 días

Fuente: Área Financiera ESE CEO



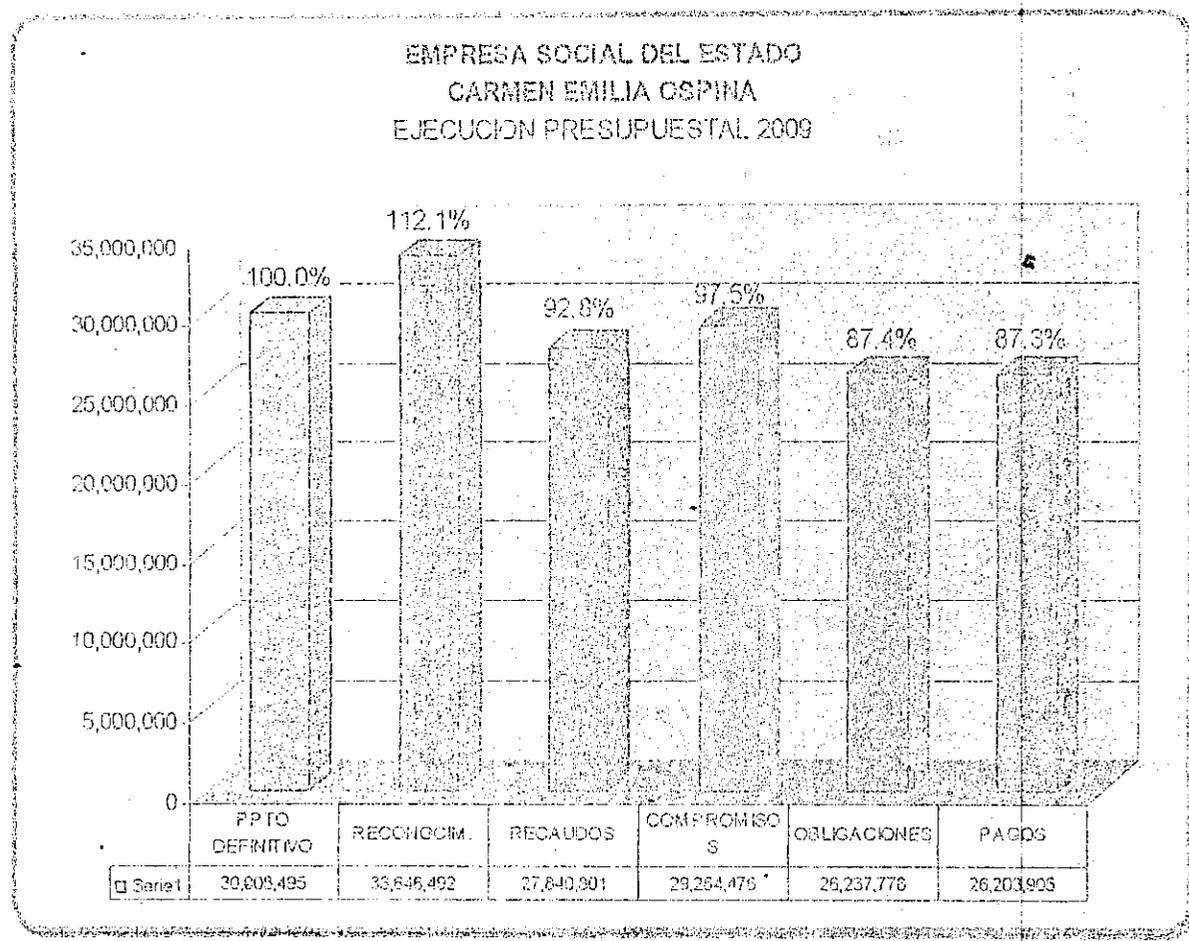
173
 112

PLAN DE GESTION

4.1.2.2 Gestión Presupuestal

Presupuesto 2009

El presupuesto definitivo 2009 alcanzó los \$30.008.5 millones, presentándose una ejecución en reconocimientos del 112.1%, y recaudándose la suma de \$27.840.8 millones, equivalente al 92.8% del presupuesto definitivo.



Fuente: Área Financiera ESE CEO

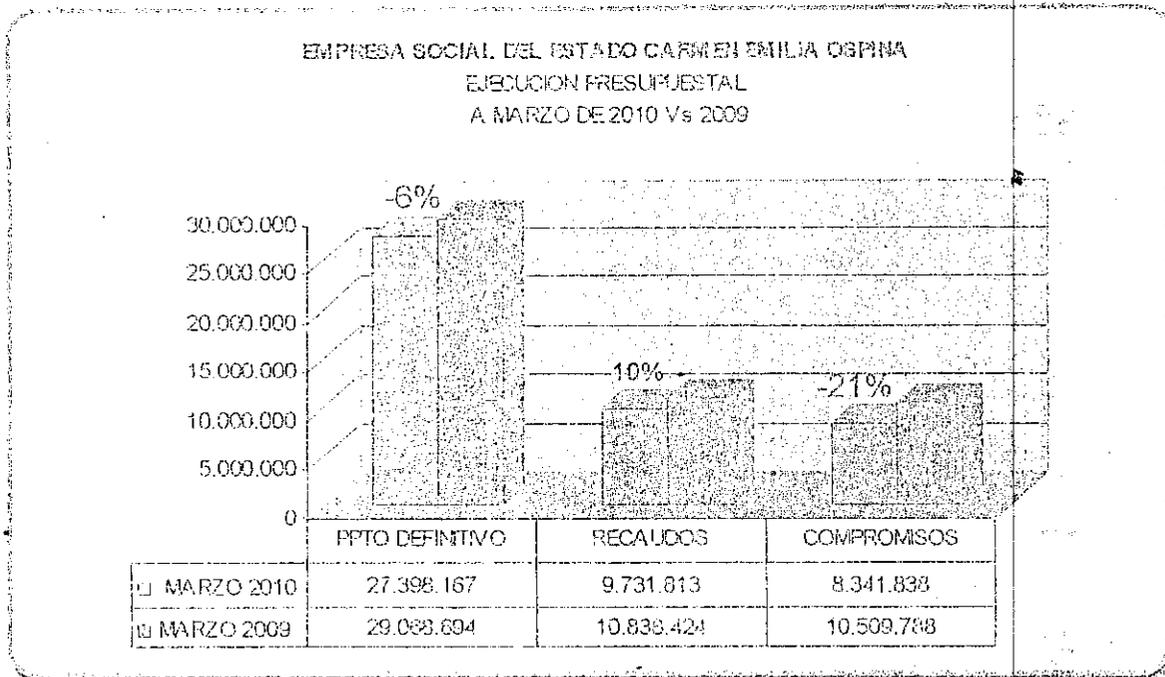


113

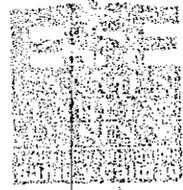
PLAN DE GESTION

El presupuesto de gastos se ejecutó en 97.5% comprometiéndose la suma de \$29.264.5 millones, mientras que se giró la suma de \$26.203.9 millones, de los \$26.237.8 millones que se obligaron en la vigencia. Como consecuencia de los valores dejados de recaudar en la vigencia fiscal 2009 y el sostenimiento de la oferta de servicios, se presenta un déficit de \$1.423.7 millones como resultado de comparar el total recaudado frente al total comprometido.

Presupuesto a 31 de Marzo de 2010



Fuente: Área Financiera ESE CEO



270
114

PLAN DE GESTION

Aunque los recaudos totales no han sido los esperados, la ejecución presupuestal a marzo de 2010 nos presenta un mejoramiento en su comportamiento toda vez que se ha logrado un superávit presupuestal de \$1.389.9 millones, resultado de comparar los recaudos que han sido de un 10% menos que los recaudos totales del primer trimestre de 2009, con los compromisos totales disminuidos en un 21% comparado con el acumulado a marzo de 2009, lo que deja entrever el buen manejo se le dio al presupuesto en los meses de enero y febrero de 2010.

Desfase Presupuestal vigencia Fiscal del 2010

DESCRIPCION	PRESUPUESTADO	REAL	DEFICIT
INGRESOS			
DISPONIBILIDAD INICIAL	3,209,177,777	2,036,627,168	-1,172,550,609
RECURSOS DE OFERTA	3,605,536,893	2,900,950,142	-704,586,751
GASTOS			
CUENTAS POR PAGAR	2,212,820,000	3,060,570,199	-847,750,199
SUMAS	9,027,534,670	7,998,147,506	-2,724,887,559

Fuente: Oficina de Presupuesto ESE CEO

En la proyección del presupuesto del año 2010, se estimaron rentas y gastos de acuerdo a la dinámica financiera de la empresa y al comportamiento histórico de algunos rubros presupuestales, que confrontados con la realidad a 31 de Diciembre del 2009, una vez realizado el cierre respectivo, se observa que existen variaciones que afectan directamente el equilibrio presupuestal de la presente vigencia fiscal, es así que la disponibilidad inicial se proyectó en mayor valor a lo efectivamente obtenida; en los recursos de la oferta el documento



270
289
115

PLAN DE GESTION

CONPES 132 asigna menores recursos y por 4 doceavas de lo certificado inicialmente por la entidad territorial. En cuanto a gastos la proyección de cuentas por pagar fue deficitaria en cuantía de \$847 millones. En total hay un desfase inicial del presupuesto que suma \$2.724 millones, que exige un ajuste del presupuesto, teniendo en cuenta la proyección de ingresos con los clientes actuales.

Igualmente de acuerdo con la proyección de ingresos y la proyección de gastos se prevé un desfase adicional de aproximadamente de \$3.000 millones, que está siendo objeto de evaluación general para determinar la cifra exacta.

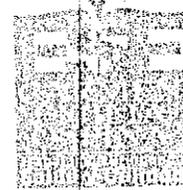
4.1.2.3 Cartera

La cartera a 31 de marzo de 2.010 suma \$8.130.9 millones de os cuales el 46% es cartera no vencida. De la cartera vencida la más preocupante es la cartera mayor a 360 días que representa el 28% del total de la cartera.

**CARTERA DETALLADO POR ENTIDADES Y EDADES
CON CORTE A 31 DE MARZO DE 2010**

ENTIDADES	NO VENCIDAS	31 A 60	61 A 90	91 A 120	121 A 360	MAYOR 360	TOTAL
FIDUFIOSYGA	4.117.920	-	1.606.693	2.985.521	7.973.600	95.252.286	112.936.020
EPS-S	2.051.857.531	121.478.180	208.108.100	331.600.970	1.129.721.995	1.659.784.775	5.512.651.202
S.O.A.T	8.124.335	422.289	2.153.365	2.312.143	3.879.774	20.508.162	37.400.098
OTRAS ENTIDADES	7.166.290	664.584	736.200	2.830.516	4.761.452	24.015.245	49.376.297
SECRETARIA SALUD MPAL	1.635.256.347	157.525.849	-	166.210.200	-	456.663.308	2.427.655.704
TOTAL	3.708.622.423	289.299.032	212.699.398	508.899.850	1.149.332.701	2.279.223.775	8.130.919.311
PARTICIPACION	46	3	3	6	14	28	100

Fuente: Área Cartera ESE CEO



268
 116

PLAN DE GESTION

- A partir del 2.010, el asesor jurídico contratado para fortalecer los cobros de cartera ha iniciado procesos judiciales que se relaciona a continuación

PROCESOS DE CARTERA E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA			
Nº RADICADO	DEMANDADO	CLASE DE PROCESO	JUZGADO
226/2010.	ECOOPSOS	Ejecutivo	3 LABORAL
205/2010	CAPRECOM	Ejecutivo	3 LABORAL
174/2010.	CAJACOPI	Ejecutivo	1 LABORAL
105/2010.	SECRETARIA DE SALUD	Ejecutivo	1 LABORAL

Fuente: Oficina Jurídica ESE CEO

4.1.2.4 Facturación

FACTURACION Y GLOSAS 2008-2010

CONTRATACION	2008			2009			2010 A febrero 28		
	GLOSAS	FACTURACION	%	GLOSAS	FACTURACION	%	GLOSAS	FACTURACION	%
TOTAL	206.634.644	20.700.892.049	1,0	236.011.726	19.987.333.079	1,2	21.337.468	2.929.221.085	0,7
CAPITADA	162.732.756	20.406.215.303	0,8	217.689.461	17.082.543	1,3	5.591.911	2.523.512.676	0,2
EVENTO	43.901.888	2.946.767.456	14,9	18.322.265	2.815.039.436	0,7	15.745.557	425.708.409	3,7

Fuente: Facturación ESE CEO

El nivel de glosas de facturación es bajo, es así que el porcentaje de glosas por facturación total de los contratos a corte 31 de Diciembre de 2.009 es de 1.2%, de los cuales en los contratos de Capitalización se ubican en el 1.3% y en glosas por evento se ubica en 0.7%. Para el año 2010 el porcentaje de glosas frente a la facturación total es del 0.7%, donde la facturación capotada es del 0.2% y por evento es del 3.7%

268
117

4.1.2.5 Costos

La empresa no cuenta con un sistemas de costos implementado, no obstante contar con el módulo de costos que necesita ser incorporada la red integrada de Dinámica Gerencial y que permita mejorar el proceso de contratación con las diferentes EPSS..

4.1.2.6 Opinión de los estados financieros

El Revisor fiscal Dictamina que los estados financieros "presentan razonablemente la situación financiera de la empresa a 31 de Diciembre de 2.008 y 2009, los cambios de patrimonio, los resultados de las operaciones, los cambios en la situación financiera y los flujos de efectivo por los años terminados en esas fechas de conformidad con el Régimen de Contabilidad pública adoptado mediante Resolución 222 del 5 de Julio de 2.006 y la Superintendencia Nacional de Salud, aplicadas uniformemente". Excepto por los posibles efectos que puedan tener los siguiente aspectos:

- ❖ El grado de contingencia de los LITIGIOS ADMINISTRATIVOS, que por valor de \$4,907.010.830.00, podría generar obligaciones que causarían en grave desequilibrio en la estructura financiera y operativa de la Empresa.
- ❖ A 31 de Diciembre de 2.009, no se realizó el avalúo técnico sobre la propiedad, planta y equipo de la ESE, por lo que no se reflejó en los estados financieros el efecto de las valorizaciones o desvalorizaciones de los bienes.

Igualmente el Revisor Fiscal concluye que

1. La Actual contratación es a pérdida, donde la empresa tiene que asumir un margen de contratación de los servicios de salud



~~267~~
118

PLAN DE GESTION

2. La ESE adolece de una adecuada estructura de costos
3. Se debe realizar análisis de costos, gastos y rentabilidad por cada una de las unidades de negocios y reducir de manera drástica costos y gastos para hacer viable la continuidad de la ESE.
4. La ESE CEO, de manera urgente debe analizar la posibilidad de fortalecer su estructura organizacional con un área de comercialización
5. Los excedentes de liquidez son significativos y no generan rentabilidad, por lo cual propone fijar políticas que permitan inversiones transitorias o temporales y mejorar los márgenes de contratación con proveedores por pronto pago.
6. Existen eventos subsecuentes en el área financiera y operativa, que puede afectar el normal desarrollo de la empresa, con el desfinanciamiento del presupuesto del 2.010 en aproximadamente \$5.000.000.00

4.1.2 Sistema de Información

Los sistemas de información de la ESE está soportados bajo el uso del aplicativo DINAMICA GERENCIAL, que registra en forma sistemática y oportuna la prestación de los servicios de salud en cada uno de los centros de salud del área urbana en red, integrando los módulos de tesorería, almacén, presupuesto, activos fijos, facturación, personal, cartera y contabilidad, lo cual garantizan generar una información confiable y oportuna, aplicativo que vienen funcionando sin ningún tipo de inconveniente técnico, a excepción de debilidades en algunos procesos de parametrización en el área de facturación. Queda pendiente de integrar a la red, el módulo de costos que a la fecha no se ha implementado y la entidad está en la necesidad de obtener resultados a través de este módulo, que permitan mejorar el proceso de contratación con las diferentes EPSS.



266
119

PLAN DE GESTION

La presentación de informes a los entes de control y la presentación de las declaraciones tributarias se viene realizando, de forma oportuna y controlada, entre las que se encuentra: Supersalud, Ministerio de la Protección Social, Secretaría de Salud Departamental, Contraloría Municipal de Neiva, Contraloría General de la República, Contaduría General de la Nación, y con la documentación que se encuentra debidamente archivada en forma mensual correspondiente a las declaraciones de Retención en la Fuente y Reteica, así como la declaración de ingresos y patrimonio de los diferentes periodos gravables.

A continuación se presenta un resumen y desglose de la plataforma informática y gestión del dato así:

PROCESO DE GESTIÓN INFORMÁTICA

ESTADO ACTUAL	PARA MEJORAR
<p>SOFTWARE SISTEMA DE INFORMACIÓN: Actualmente la empresa cuenta con un software llamado Dinámica Gerencial Hospitalaria versión 9.0, Es un Sistema Modular Completamente Integrado para el Manejo Médico, Operativo y Financiero. Hoy día contamos con 16 módulos que integran totalmente el Área asistencial con la Facturación y Contabilidad.</p>	<p>SOFTWARE SISTEMA DE INFORMACION: Actualización del sistema de información Dinámica Gerencial versión Punto Net.</p> <p>La ESE debe iniciar el proceso para la adquisición de un Software que permita la trazabilidad del sistema de gestión de calidad para mejorar la eficiencia, control y eliminación en la institución</p>
<p>SISTEMAS OPERATIVO: La ESE cuenta con licencias del sistema operativo Windows Xp, para los equipos de computo, Windows Server 2003 para los servidores y Linux para el servidor de correo, de los cuales el área de sistemas es la responsable de su buen funcionamiento.</p>	
<p>BASE DE DATOS : Se cuenta con el licenciamiento de la base de datos SQL Server 2005, por procesador Y en ella se administra la información del aplicativo Dinámica Gerencial.</p>	
<p>HERRAMIENTAS DE OFICINA: La ESE cuenta con 53 licencias de office 2007, distribuidas en el área administrativa, los de equipo restantes tienen instalado el Open office software gratuito.</p>	<p>HERRAMIENTAS DE OFICINA: 15 licencias de office enterprise para el área Administrativa</p>



~~268~~
120

PLAN DE GESTION

COMUNICACIONES	PARA MEJORAR	
<p>INTERCONEXIÓN: Actualmente, los centros de salud del área urbana (Granjas, Eduardo santos, IPC, Santa Isabel, Palmas, 7 de Agosto y Cándido) se encuentra conectados por medio de fibra óptica, a una velocidad de 2 megas. De igual forma Internet de 2 megas</p>	<p>INTERCONEXIÓN:</p>	<p>realizar la interconexión con los puestos de salud ubicados en el área Rural (Caguan, Fortalecillas, Vegalarga y San Luis)</p>
<p>SERVICIOS WEB</p>	<p>Incentivar el uso del correo para disminuir el uso de papel y agilizar procesos</p>	
<p>SERVIDOR DE MENSAJERÍA INSTANTÁNEA</p>		
<p>INVENTARIO AUTOMÁTICO DE EQUIPOS</p>		
<p>CORREO CORPORATIVO</p>		
<p>SERVIDOR DE DOMINIO:</p>		
<p>SERVIDOR CORTAFUEGOS</p>		
<p>INTRANET</p>		
<p>PAGINA WEB</p>		
<p>ARQUITECTURA DE HARDWARE</p>		
<p>EQUIPOS DE COMPUTO =200</p>		
<p>IMPRESORAS = 43 (Arrendamiento)</p>		
<p>UPS = 2 de 20 kva</p>	<p>UPS: se requiere implementar UPS de alta capacidad para los centros de salud de Palmas e IPC</p>	
<p>Servidores = 3</p>		<p>Servidor de Respaldo: se requiere un servidor de respaldo que sirva de plan de contingencia en caso de daños inesperados en el servidor principal de datos</p>



269
 121

PLAN DE GESTION

PROCESAMIENTO Y GENERACION DEL DATO	
ESTADO ACTUAL	PARA MEJORAR
El registro de la información financiera y asistencial se realiza en el sistema de información dinámica gerencial, este proceso genera de forma mensual una base de datos acumulativa, la cual se adecua a las necesidades de información a ser presentados a los clientes internos y externos, a través de filtros y consultas continuas.	Publicación de manera continua los datos estadísticos solicitados por cada uno de los clientes internos y externos, con el objetivo que estos sean descargados en cualquier momento y según la necesidad. *Con el objetivo de optimizar el proceso se requiere la compra la licencia de fox pro 7.0

Fuente: Oficina de Sistemas ESE CEO

4.1.3 Implementación Sistema de Control Interno

El Modelo Estándar de Control MECI en la ESE CEO, está documentado en un 98.55%, de conformidad con la aplicación de la encuesta referencial definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP y aplicada con corte a 31 de Diciembre de 2010 y certificada por el Asesor de Control Interno de la Empresa. No obstante contar con todos los documentos definidos por el MECI, se encuentran debilidades en la aplicación y adherencia de los instrumentos y herramientas para el desarrollo de las actividades del día a día.

4.1.4 Procesos Judiciales contestados dentro del término legal (Incluidas tutelas)

La defensa judicial oportuna, es una política creciente del Estado para mitigar los riesgos de pago de indemnizaciones o perjuicios que pueden afectar los intereses de una entidad pública, es por ello que la ESE Carmen Emilia Ospina, ha venido



262
122

PLAN DE GESTION

liderando en forma oportuna la adecuada defensa de los intereses de la institución mediante el diseño e implementación de políticas de prevención del daño antijurídico, el fortalecimiento de la defensa litigiosa y en general, para el mejoramiento de la gestión jurídica pública, por tal razón todos los procesos en un 100% incluidas tutelas, han sido contestados oportunamente. A continuación se presenta relación de procesos en contra de la ESE

DEMANDANTE	DESPACHO	CLASE DE PROCESO	CRITERIO JURIDICO	ESTADO DEL PROCESO
1. CARLOS H. CUELLAR	JUZ. 2 LABORAL	ORD. LABORAL	FALLO A FAVOR DE LA ESE C.E.O	AUTO LIBRA MANDAMIENTO DE PAGO
2. HENRY MOSQUERA	JUZ. 2 LABORAL	ORD. LABORAL	FALLO A FAVOR DE LA ESE C.E.O	AUTO LIBRA MANDAMIENTO DE PAGO
3. ASTRID CAROLINA SANCHEZ	JUZ. CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO	ACCION DE NULIDAD	DDTE DEBERA PROBAR LA NULIDAD DEL ACTO ADMIN. DMDO.	Auto reconoce y acepta renuncia de Rodolfo Cortes Correa
4. MARTHA LUCIA LOZANO	TRIBUNAL SUPERIOR	REPARACIÓN DIRECTA	PROBAR RESPONSABILIDAD MEDICA	P. ABRIR PROCESO AL PERIODO PROBATORIO
5. CLAUDIA PATRICIA CRUZ	TRIBUNAL SUPERIOR	ORD. LABORAL	DDTE DEBERA PROBAR REALACIÓN O CONTRATO LABORAL CON LA E.S.E. C.E.O.	P. FIJAR FECHA DE AUDIENCIA
6. MARCOS FIDEL VELASQUEZ	JUZ. 3 LABORAL	ORD. LABORAL	DEMANDA CONTRA EL ISS SOLICITA RECONOCIMIENTO PENSION DE JUBILACION	I. RECURSO DE CASACIÓN
7. RUBERTYN LEMUS GUEVARA	JUZGADO 1 ADMINISTRATIVO	REPARACIÓN DIRECTA	PROBAR RESPONSABILIDAD MEDICA	PRUEBAS
8. PRISCILA NINCO PUENTES	JUZGADO 1 ADMINISTRATIVO	REPARACIÓN DIRECTA	PROBAR RESPONSABILIDAD MEDICA	D. LLAMAMIENTO EN GARANTIA
9. CARLOS E. GUTIERREZ	JUZGADO 2 ADMINISTRATIVO	REPARACIÓN DIRECTA	PRUEBAS	PRUEBAS
10. ALBERTO MINAS ARIAS Y (OTROS)	JUZGADO 2 ADMINISTRATIVO	REPARACIÓN DIRECTA	PROBAR RESPONSABILIDAD MEDICA	P. DECRETAR PRUEBAS.

PLAN DE GESTION

11. OCTAVIO JAIR AMAYA Y YURANY ANDREA GALEANO	JUZGADO 3 ADMINISTRATIVO	REPARACIÓN DIRECTA	PROBAR RESPONSABILIDAD MEDICA	PRUEBAS
13. YINEITH MORA ARIAS	JUZGADO 3 ADMINISTRATIVO	NULIDAD Y REST. DERECHO	DDTE DEBERA PROBAR CAUSALES DE NULIDAD DEL ACTO ADMINISTRATIVO Y POR ENDE REST. DEL DERECHO	FALLO 1 INSTANCIA A FAVOR DE LA ESE
14. RUBIELA CANGREJO Y (OTROS)	JUZGADO 3 ADMINISTRATIVO	REPARACIÓN DIRECTA	PROBAR RESPONSABILIDAD MEDICA	PRUEBAS
15. NIDIA ALVAREZ Y (OTROS)	JUZGADO 4 ADMINISTRATIVO	REPARACIÓN DIRECTA	PROBAR RESPONSABILIDAD MEDICA	PRUEBAS
16. IRMA SANCHEZ Y (OTROS)	JUZGADO 5 ADMINISTRATIVO	NULIDAD Y REST. DERECHO	DDTE DEBERA PROBAR CAUSALES DE NULIDAD DEL ACTO ADMINISTRATIVO Y POR ENDE REST. DEL DERECHO	FALLO 1 INSTANCIA A FAVOR DE LA ESE
17. LUZ MARINA REYES	JUZGADO 5 ADMINISTRATIVO	NULIDAD Y REST. DERECHO	DDTE DEBERA PROBAR CAUSALES DE NULIDAD DEL ACTO ADMINISTRATIVO Y POR ENDE REST. DEL DERECHO	FALLO 1 INSTANCIA A FAVOR DE LA ESE
18. CARMEN CRISTINA QUINTERO	JUZGADO 5 ADMINISTRATIVO	REPARACIÓN DIRECTA	PROBAR RESPONSABILIDAD MEDICA	P. ABRIR PRUEBAS
19. ELIZABETH CORTES HURTADO	JUZGADO 5 ADMINISTRATIVO	REPARACIÓN DIRECTA	PROBAR RESPONSABILIDAD MEDICA	P. ABRIR PRUEBAS
20. MARCOS FIDEL VELASQUEZ	JUZGADO 6 ADMINISTRATIVO	NULIDAD Y REST. DERECHO	DDTE DEBERA PROBAR CAUSALES DE NULIDAD DEL ACTO ADMINISTRATIVO Y POR ENDE REST. DEL DERECHO	Auto reconoce y acepta renuncia de Rodolfo Cortes Correa
GUSTAVO BAHAMON Y (OTROS)	JUZGADO 5 ADMINISTRATIVO	REPETICION	RESARCIR POSIBLE DETRIMENTO S ESE C.E.O.	P. RESOLVER RENUNCIA DEL PODER

Fuente: Oficina Juridica ESE CEO

260
124

4.2 Área de Prestación de servicios

4.2.1 Oferta de Servicios

Para la prestación de los servicios que oferta, cuenta con una infraestructura física distribuida en tres zonas: sur, oriente y norte, con una red de servicios en su área de influencia. A continuación se presenta los servicios que presta la entidad:

1. Atención de Urgencias de baja complejidad
2. Consulta externa
 - 2.1 Medicina General
 - 2.2 Odontología
 - 2.3 Medicina Especializada (Convenio Docente Asistencial USCO)
 - 2.4 Protección específica y detección temprana
 - 2.4.1 Protección específica
 - 2.4.1.1 Plan Ampliado de Inmunizaciones (Vacunación)
 - 2.4.1.2 Salud Oral
 - 2.4.1.3 Atención del parto
 - 2.4.1.4 Atención del recién nacido
 - 2.4.1.5 Atención planificación familiar
 - 2.4.2 Detección temprana
 - 2.4.2.1 Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menor de 10 años
 - 2.4.2.2 Detección temprana de las alteraciones del adulto joven de 10 a 29 años
 - 2.4.2.3 Detección temprana de las alteraciones del embarazo
 - 2.4.2.4 Detección temprana de las alteraciones del adulto mayor de 45 años
 - 2.4.2.5 Detección temprana de las alteraciones del cuello uterino



260
249
125

PLAN DE GESTION

2.4.2.6 Detección temprana de la agudeza visual

3. Hospitalización de baja complejidad

4. Apoyo diagnóstico y terapéutico

4.1 Laboratorio clínico

4.2. Rayos X de primer de nivel

4.3 Ecografías Obstétricas

4.4. Farmacia

5. Atención prehospitalaria

5.1 Transporte asistencial básico (TAB)

4.2.2. Prestación de servicios de salud

Las actividades básicas en salud promedio mes de los años 2008, 2009 y 2010 (Enero, Febrero y Marzo), se ven reflejados en el cuadro siguiente

ACTIVIDADES BASICAS DE SALUD PROMEDIO MES

	SERVICIOS	AÑO			Variación % 2008- 2010
		2008	2009	2010	
1	Atención inicial de urgencias	14.542	14.192	12.945	- 9
2	Consulta Externa				
2.1	Medicina General	17.142	14.492	12.945	- 11
2.2	Odontología	9.596	6.256	2.190	- 65
2.4	Protección específica y detección temprana	41.205	42.394	30.056	- 29
3	Hospitalización	397	333	355	6
4	Apoyo Diagnóstico y terapéutico				
4.1	Laboratorio clínico	17.242	14.528	17.404	20
4.2	Rayos X	1.212	1.055	969	- 8
4.3	Ecografías Obstétricas	402	419	329	- 22
5	Atención Prehospitalaria				
5.1	Transporte asistencial básico	527	631	645	2

Fuente: Oficina Sistemas ESE CEO

PLAN DE GESTION

Como se puede observar todas las actividades promedio mes compradas entre el año 2009 y 2010, se han reducido a excepción de la hospitalización, debido al recorte de la oferta de servicios, producto del retiro de 3 EPS y la disminución en las tarifas de contratación y la apertura de IPS por parte de las empresas aseguradoras.

4.2.3 Indicadores de Calidad

Oportunidad Consulta Externa:

Formula: Sumatoria de días transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita y la fecha en la cual es asignada la cita / No. Total de consultas medicas asignadas en el periodo

2,008	2009	Mar-10
402600/197857= 2.03 Días	326070/174113= 1.87 días	33906/10190= 3.3 días

Oportunidad odontología:

Sumatoria total de los días transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta odontológica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de citas odontológicas asignadas en el periodo

2,008	2009	Mar-10
119366/92591= 1.91 Días	105969/55335= 1.87 días	15859/3302= 4,8 días

Oportunidad urgencias:

Sumatoria de minutos transcurridos ente la solicitud de la atención y la atención por el médico / Total de consultas realizadas – mes

2,008	2009	Mar-10
7218786/144061= 50.1Min	10015389/195445=50.9 Min	599021/14915= 40.2 Min

~~23~~

 127

PLAN DE GESTION

Tasa de infección intrahospitalaria:

Número de pacientes con infección nosocomial/ Número total de pacientes hospitalizados X 100

2,008	2009	Mar-10
1/1609 = 0.06%	9/1425 = 0.63%	0/89 = 0

Oportunidad Imagenología

Sumatoria total de los días transcurridos entre la solicitud y la asignación de la cita / número de pacientes atendidos

2,008	2009	Mar-10
57777/18947 = 3.04 días	25310/17899 = 1.41 días	1378/2667 = 0.52 días

Vigilancia evento adverso

Numero total de eventos adversos detectados y gestionados x100 / numero total de eventos adversos detectados

2,008	2009	Mar-10
2/2 = 100%	74/74 = 100%	1/1 = 100%

Tasa de satisfacción

Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS/Número total de pacientes encuestados por la IPS

2,008	2009	Mar-10
21653/22533 = 96.1%	22865/23341 = 97.9%	1909/2006 = 95.2%

Como se observa, los indicadores de calidad después del ajuste en la oferta en el mes de Enero de 2.010, variaron, especialmente los de oportunidad en consulta externa y odontología, que aumentaron al pasar de 1.87 días a 3.3 días y 4.8 días



~~248~~
128

PLAN DE GESTION

respectivamente; al contrario la oportunidad de urgencias disminuyó a 40.2 minutos y la oportunidad en imagenología se encuentra en 0.52 días.

En este punto es importante resaltar que no está siendo medida la demanda insatisfecha, que de acuerdo a la información obtenida por el personal de citas de cada centro de salud, puede llegar al 50% de las solicitudes.

4.2.4 Implementación Sistema Obligatorio de Calidad

4.2.4.1 Sistema Único de Habilitación

La evidencia que actualmente maneja la oficina de garantía de la calidad, permite determinar que la sostenibilidad de los requisitos mínimos de habilitación, presenta altibajos y a pesar de las inversiones que se realizaron anteriormente, aún no se cumple en su totalidad con los estándares establecidos mediante decreto 1011 de 2.006; es así que el Centro de salud de Granjas, es urgente la remodelación de las áreas de Urgencias, observación y partos, para enfrentar la visita de verificación de la Secretaría Departamental de Salud. Estos esfuerzos institucionales se enfocaron en el cumplimiento de los estándares de recurso humano, instalaciones física, dotación y mantenimiento, igualmente la interdependencia de servicios ha sido garantizada al igual que el sistema de referencia y contrareferencia a pesar de carecer de actualizaciones propias de cada cambio contractual. Igualmente se exceptúa de lo anterior la necesidad de estandarizar el servicio de esterilización y la señalización homogénea de acuerdo a la norma de todas las áreas, así mismo estos ajustes de infraestructura que se invirtieron para mejorar la gestión de residuos hospitalarios requieren de la actualización documental en cuanto a

208
129

PLAN DE GESTION

planos, formatos, rutas de evacuación, técnicas de manejo ambiental y la re inducción del personal encargado.

Se ha percibido que el conjunto de colaboradores de la institución requiere retornar los conceptos y la metodología propuesta en el soporte documental con que cuenta la institución y que se fundamenta en un gran número de procesos caracterizados en el sistema de gestión de calidad institucional, enfatizando en los procesos prioritarios asistenciales del área misional y enfocados en una atención segura que evite los riesgos propios de la prestación de servicios.

A continuación se presenta un cuadro resumen de evaluación de cumplimiento de cada uno de los estándares de habilitación:

ESTANDAR	CONCEPTO	OBSERVACIONES
1. RECURSO HUMANO	REQUIERE AJUSTES	<p>La oficina de talento humano a la fecha no cuenta con lista actualizada del personal vinculado a la institución, por los períodos atípicos en los procesos de contratación. Las hojas de vida de los funcionarios carecen de estandarización en el método de archivo de los folios.</p> <p>El procedimiento de verificación de títulos del personal asistencial no está bajo el dominio de la institución y está pendiente de respuesta de las entidades educativas de personal que se encuentra desempeñando labores.</p> <p>No se encuentra documentado el proceso de selección de personal.</p>
2. INSTALACIONES FISICAS	REQUIERE AJUSTES	<p>Se evidencio que las instalaciones físicas destinadas a los servicios de urgencias en los centros de atención de Granjas y Siete de Agosto, no cumplen con las exigencias para la estación de enfermería y áreas de observación.</p> <p>En el centro de atención del IPC se está adelantado obra nueva, lo que requirió de contingencias para continuar la prestación de los servicios habilitados, esta medidas temporales no garantizan el cumplimiento de habilitación.</p> <p>El área destinada para depósito de cadáveres, ubicada en el centro de atención de Palmas, no cumple con los requerimientos técnicos de ventilación, lavado y drenaje de líquidos, igualmente no se cuenta con esta área en los</p>

255
130

PLAN DE GESTION

		centros de atención de siete de agosto y granjas.
3. DOTACION Y SU MANTENIMIENTO	REQUIERE AJUSTES	Se requiere actualización y puesta en marcha de los planes de hojas de vida y planes de mantenimiento de los equipos biomédicos.
4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	REQUIERE AJUSTES	Se requiere estandarizar los procedimientos de gestión y seguimiento a los carros de paro, y depósitos de insumos de las diferentes sedes, para garantizar atenciones seguras.
5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	REQUIERE AJUSTES	La apreciación general del conocimiento y aplicación (sin llegar a una evaluación detallada) de lo concerniente a procesos prioritarios asistenciales, es inadecuada. Se requiere revisión y actualización de guías y protocolos de manejo.
6. HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES	REQUIERE AJUSTES	Se realizó inspección de los archivos de historias clínicas, percibiendo que lo común es encontrar elementos como cajas con documentación diversa y elementos para prestación de servicios que han sido depositados en los archivos, aspectos que no garantizan la custodia documental. Así mismo se encontró que no es estándar la disposición de los folios en las carpetas que contienen las historias clínicas y algunas sufren de deterioro significativo; estos aspectos se comentaron en el ámbito del comité de historias clínicas procurando dirigir las acciones para su corrección.
7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS	REQUIERE AJUSTES	El servicio de esterilización se encuentra disperso en las diversas sedes, se incumple con los requisitos de habilitación El servicio de imagenología de granjas cuenta con áreas estrechas, afectando la privacidad de los pacientes, e incumpliendo con las áreas administrativas y de archivo del mismo.
8. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	REQUIERE AJUSTES	Se debe actualizar el manual de referencia y contrarreferencia
9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS	REQUIERE AJUSTES	El seguimiento a riesgos en la empresa se sustenta en el abordaje de eventos adversos, que requiere unificación de conceptos y fortalecer la cultura del reporte; igualmente se tienen identificados los riesgos por cada proceso caracterizado, se carece de la evidencia de seguimiento y abordaje, la apreciación general es de desconocimiento de este aspecto por el personal en general.

207
131



PLAN DE GESTION

4.2.4.2. Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios PAMEC

El programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, nace en documento generado, constituido por el sustento conceptual de la normatividad y documentos guía que lo formalizan. La institución cuenta con esta información pero no se encuentra formalizado el comité de calidad ni la trazabilidad de los procesos de mejora continua.

El programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, se sustenta en documento M-6C-01, versión 3, establecido el 1 de Julio de 2009, constituido por el sustento conceptual de la normatividad y documentos guía que lo formalizan, que en su momento emanaron del ministerio de la protección social, estableciendo el paso a paso de la ruta critica y los indicadores correspondientes.

Se realizo auto evaluación en Junio de 2.009, de la cual con el Documento M-6C-01, la oficina de calidad emitió factores claves de éxito que convergen en términos de oportunidad, gerencia del riesgo y satisfacción del usuario así:

Características de calidad	Temas relacionados	Puntaje
Oportunidad	Tiempos de espera para que el usuario sea atendido.	4.5
Gerencia del riesgo	Capacidad que tiene la empresa para gestionar los eventos ocurridos dentro de la misma Seguridad de pacientes.	4.5
Satisfacción – lealtad	Grado en el cual los usuarios se encuentran satisfechos con la atención en institución.	4.5
Calidad técnica	Grado en el cual se cumplen con los requisitos establecidos a nivel técnico	4.2

PLAN DE GESTIÓN

<p>Seguridad</p>	<p>Es la utilización de de elementos estructurales, procesos, instrumentos y Metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, en las actividades de odontología.</p>	<p>4</p>
<p>Pertinencia</p>	<p>Es el grado en el cual los usuarios del servicio de odontología, obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.</p>	<p>3.5</p>
<p>Continuidad</p>	<p>Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones del servicio de odontología, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.</p>	<p>3 4</p>

Documento M-C6-01 del 01/07/09 V 3

Luego se determinó la política de seguridad del paciente enfocada en la gestión de eventos adversos como eje fundamental para el desarrollo del PAMEC.

La evidencia de la medición inicial de los procesos con los indicadores en su momento propuestos, se encuentra disgregada en las discusiones y actas del comité técnico, reuniones de control interno con el equipo de auditores asignado y en los archivos de gestión de cada auditor. No se encuentra evidencia de actualización y aprendizaje organizacional.



258
133

PLAN DE GESTION

Se requiere una revisión, actualización conceptual y metodológica del PAMEC, que parta de criterios de acreditación plasmados en los estándares de la resolución 1445 del 2006, actuando sobre los procesos que afectan el cumplimiento de estos estándares superiores de calidad esperada, determinando la efectiva medición de su desempeño y proponiendo el método para disminuir esa brecha.

4.2.4.3 Sistemas de Información

El sistema de información se basa en la generación de un total de 92 indicadores que se reparten en los 19 procesos que tiene la empresa, que comprenden los niveles de direccionamiento y evaluación, misionales y de apoyo. La gran mayoría de estos indicadores se genera de manera mensual y son reportados por los responsables de cada proceso, se observa regularidad en el reporte y los valores reportados se encuentran en rango satisfactorio.

El Tablero de indicadores aunque abarca la totalidad de los procesos asistenciales, no permite valorar mejora continua de una manera práctica y asertiva, igualmente algunos de estos indicadores se podría considerar no sustentan la toma de decisiones. De otro lado la empresa presenta dificultades en la oficialización de los datos, ya que no se utiliza la fuente oficial de información.

4.2.4.4 Sistema Único de Acreditación

La evidencia actual con que se cuenta en la oficina de garantía de la calidad, no incluye aspectos puntuales que se hayan desarrollado con miras a gestionar el diagnóstico y autoevaluación para la acreditación, ya que no se ha realizado un

PLAN DE GESTION

primer ejercicio de autoevaluación en estos estándares superiores de calidad y no se evidencia su abordaje en el FAMEC.

4.2.5 Contratación de Prestación de servicios con las EPS

A continuación se presenta un cuadro resumen de la contratación de prestación de servicios con cada EPS y condiciones de negociación

TRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS CON EPS-S Y GENITES 2005-2010

Marzo 15 de 2010

EPS-S	NUMERO	USUARIOS	TR USUARIO MES	MODALIDAD	UPC	PERIODO	VALOR
	CT-41-041-2009	49.292	10.207	SUBSIDIO Y COBERTURA TOTAL CARTACION	48,95%	01/07/2009 31/10/2009	2.100.995.149,39
	OTROS1 2 CT-41-041-2009	CONTINUACION 16.607 USUARIOS - USUARIOS OTROS1 52.135				01/07/2009 31/10/2009	
	OTROS1 3 CT-41-041-2009	AMPLIACION EN TIEMPO				01/11/2009 30/11/2009	
	OTROS1 4 CT-41-041-2009	AMPLIACION EN TIEMPO				01/12/2009 31/12/2009	
	OTROS1 5 CT-41-041-2009	AMPLIACION EN TIEMPO				01/10/2009 31/03/2010	
COMFAMILIAR	ET-41-004-2009	39.481	SOAT - 35%	SUBSIDIO Y COBERTURA TOTAL EVENTO - URS	SOAT - 35%	01/07/2009 31/10/2009	825.416.807,28
	OTROS1 2 ET-41-004-2009	INCREMENTO 137 USUARIOS				01/07/2009 31/10/2009	
	OTROS1 3 ET-41-004-2009	AMPLIACION EN TIEMPO				01/11/2009 30/11/2009	
	OTROS1 4 ET-41-004-2009	AMPLIACION EN TIEMPO				01/07/2009 31/12/2009	
	OTROS1 5 ET-41-004-2009	AMPLIACION EN TIEMPO				01/07/2009 30/04/2010	
EP-41-007-2009		1.453	SOAT - 35%	SUBSIDIO Y COBERTURA PARCIAL EVENTO	SOAT - 35%	01/07/2009 30/06/2010	SEGUN FACTURACION
	OTROS1 EP-41-007-2009	1.453	SOAT - 35%	SUBSIDIO Y COBERTURA PARCIAL EVENTO	SOAT - 35%	01/07/2009 30/06/2010	SEGUN FACTURACION
CALFESALUD	ADMINISTRACION 14100130	1.250	1.299,39	CARTACION PREMIUM NIVEL	3,20%	01/04/2009 31/03/2010	76.215.136,40
	ADMINISTRACION 14100130	13.162	11.590,45	CARTACION PREMIUM NIVEL	51,99%	01/04/2009 31/03/2010	1.331.591.278,09
	ADMINISTRACION 14100130	USUARIOS AUTORIZADOS	SOAT - 20%	PARTE EVENTO OTROS NIVEL	SOAT - 20%	01/04/2009 31/03/2010	PROTEGIDO PERIODO DETERMINABLE
SOLSAUD	RSM-H3-023-08	10.507	11.320	SUBSIDIO TOTAL CARTACION	58,00%	01/05/2008 31/03/2009	1.245.617.941,00
	OTROS1 1 ADICIONAL RSM-H3-023-08	90.908	11.320	SUBSIDIO TOTAL CARTACION	55,50%	01/04/2009 31/03/2009	713.029.467,00
	OTROS1 2 ADICIONAL RSM-H3-023-08	11.509	11.320	SUBSIDIO TOTAL CARTACION	55,50%	01/10/2009 31/03/2010	
COMPARTA	2-4100101009-1010	15.779	MES USUARIO 19 MES	ASISTENCIAL CARTACION	45,11%		
	2-4100101009-1016			PROGRAMAS - CARTACION ATENCION INTEGRAL DEL PARTO Y RECIBIMIENTO - EVENTO	8,79%	01/10/2009 30/09/2010	1.484.005.787,00
TOTAL CONTRATADO							8.207.642.566,44

Fuente: Oficina Cartera ESE CEO

PLAN DE GESTION

Igualmente a continuación se presenta un cuadro resumen de la facturación años 2009 y 2010 por subsidiado y capitado

FACTURACION 2009-2010

REGIMEN	2009		2010- Ener-Marzo	
	Total	Promedio mes	Total	Promedio mes
SUBSIDIADO	16.088.168.971	1.340.680.746	2.307.981.271	1.197.725.767
VINCULADO Y DESPALZADO	3.397.030.259	283.085.855	562.706.971	235.584.896
TOTAL	19.485.199.230	1.623.766.603	2.870.688.242	1.433.310.663

Fuente: Oficina Facturación ESE CEO

4.3 Área Administrativa

Las oficinas y personal que labora en las áreas administrativas se encuentran dispersas por diferentes sedes de la Empresa, lo cual dificulta la gestión administrativa y la operación de la empresa.

En relación al área administrativa en la estructura funcional está definida bajo la dirección de la Subgerencia Administrativa, donde se desarrollan los procesos de Gestión financiera, Gestión del talento humano, recursos físicos, contratación y mantenimiento, de los cuales únicamente en la planta de personal se dispone de dos profesionales universitarios de planta que coordinan los procesos de Almacén y Tesorería, el personal que coordinan los demás procesos del área

PLAN DE GESTIÓN

administrativa son vinculados por contrato de prestación de servicios. En forma general los procesos administrativos presentan las siguientes particularidades:

4.3.1 Talento Humano

No existe una estructuración de la oficina de talento humano que desarrolle todas las competencias que se exigen en la administración del talento humano, actualmente está a cargo de una profesional de Psicología. La planta de personal está compuesta por 95 funcionarios de los cuales 39 cargos están provistos y distribuidos así 23 Administrativos y 66 del área asistencial. El gran porcentaje del personal administrativo y asistencial requerido para la operación de la empresa es contratado a través de contratos de prestación de servicios y a través de empresas temporales, lo cual genera un riesgo alto por la incertidumbre de demanda laborales, que sería catastrófico en el momento que se llegase a materializar el riesgo.

Se hace necesario intervenir ésta área en busca de mayor liderazgo y empoderamiento. Dentro de las principales debilidades tenemos:

- ✓ Existen debilidades en los proceso de selección de personal, inducción y reintroducción
- ✓ La oficina de talento humano a la fecha no cuenta con lista actualizada del personal vinculado a la institución, ni control de costos por este concepto.
- ✓ No se tiene análisis de cargas de trabajo
- ✓ Las hojas de vida de los funcionarios carecen de estandarización en el método de archivo de los folios.

~~2018~~
13X

PLAN DE GESTION

- ✓ No se cumple con la totalidad de requisitos exigidos por el sistema de habilitación.
- ✓ Todo el personal vinculado a la ESE no tiene la verificación de títulos.

4.3.2 Recursos Físicos

El proceso de recursos físicos esta a cargo de un profesional universitario de planta que coordina el Almacén, los activos fijos y los procedimientos inherentes al manejo de los recursos físicos. La principales debilidades son:

- ✓ Requiere ajustes en el control de entregas de insumos. Se encontraron bodegas en los centros de salud, sin ningún control de inventarios ni del gasto.
- ✓ No están definidos los consumos promedio mes por servicios
- ✓ No se encuentra definido el procedimiento de salida de equipos de la institución.
- ✓ Se encuentra desarticulado el proceso de compras.
- ✓ El parque automotor en su mayoría se encuentra obsoleto, a excepción de tres (3) ambulancias nuevas y una unidad odontológica nueva.
- ✓ No existen procedimientos de control de combustibles, repuestos y utilización.
- ✓ Los insumos y/o elementos que se compran a través de caja menor o para convenios no ingresan al almacén, por o tanto no se tiene el control de éstos bienes.

4.3.3 Contratación

Existe una oficina de contratación bajo la coordinación de un abogado, vinculado por prestación de servicios, donde se centraliza toda la contratación de bienes y servicios requerida por la ESE.

La ESE tiene externalizado los procesos administrativos de vigilancia, aseo, recolección de desechos hospitalarios, lavado de ropa, mantenimiento de equipos, vehículos.

En el proceso de contratación se han encontrado debilidades que se resumen así:

- ❖ No existe plan de contratación
- ❖ No opera el comité de compras
- ❖ Se encontró un desfase promedio del 30% en incrementos en la compra de insumos médico quirúrgico en el año 2010 con respecto a los precios del 2.009, que se ha intervenido mediante la renegociación con los proveedores.
- ❖ Existen demoras en el proceso de legalización de los contratos existiendo personal laborando sin tener legalizado el contrato.
- ❖ Se están recibiendo insumos mediante remisiones
- ❖ No hay digitalización de los contratos y los soportes respectivos.
- ❖ El contrato No. De medicamentos presenta diferencia de precios entre la entrega de vinculados y subsidiados. Al parecer no se está cumpliendo con la entrega pactada de medicamentos de marca a vinculados como está establecido en el convenio suscrito con la Secretaría Municipal de Salud. Se ha solicitado al interventor y a Control Interno la auditoría respectiva y se está a la espera de los resultados.



24/6

139

4.3.4 Mantenimiento

El área de mantenimiento está a cargo de una auxiliar administrativa de la planta de personal. Dentro de las debilidades más importantes tenemos:

- ✓ NO se realizado el plan de mantenimiento para el año 2.010
- ✓ NO se cuenta con las hojas de vida de equipos actualizadas.

4.3.5 Transporte y Comunicaciones

- ✓ El parque automotor en su mayoría se encuentra obsoleto, a excepción de tres (3) ambulancias nuevas y una unidad móvil nueva.
- ✓ No existen procedimientos de control de combustibles, repuestos y utilización de los vehículos.

4.3.6 Archivo

El archivo de Historia clínica se encuentra parcialmente sistematizado, el archivo en su gran mayoría se encuentra en medio físico con dificultades de almacenamiento y custodia. Se requiere de un proceso de digitalización que permitan integrar toda la historia clínica en forma sistematizada.

No se encuentra implementada la norma del sistema de gestión documental. No hay tablas de retención documental.



245
140

PLAN DE GESTION

4.3.7 Programa de Salud Ocupacional

El programa de salud ocupacional, la E.S.E C.E.O, ha efectuado actividades tendientes a mejorar las condiciones de salud y del ambiente de trabajo con el fin de prevenir los accidentes laborales y enfermedades profesionales, garantizando la disponibilidad de los recursos humanos, técnicos, físicos y financieros requeridos.

Se observa que la salud, la seguridad y el medio ambiente ha sido prioridad por lo tanto, en los colaboradores y contratistas se ha fomentado la cultura del autocuidado, mediante programas de capacitación, inducción y entrenamiento, en las diferentes actividades, con estándares y controles en el desempeño, brindándoles sitios de trabajo seguros, igualmente con los proveedores se ha promovido y controlado la gestión en seguridad y Salud Ocupacional y a los usuarios se les brindo condiciones seguras durante su estancia en nuestras instalaciones, si embargo la rotación permanente del personal genera retroceso en la implementación de políticas en ese sentido.

Adelantando las futuras exigencias normativas se inició la implementación de una herramienta para identificar, priorizar y gestionar la salud y los riesgos laborales, OHSAS 18001, con la cual se logro actualizar, publicar y evaluar la política de seguridad y salud Ocupacional al 100% de la población trabajadora, se definió las funciones responsabilidades, autoridad, habilidades y experiencia en seguridad y salud Ocupacional de todo el personal para la posterior revisión y aprobación de la junta directiva de la E.S.E C.E.O igualmente se actualizo la matriz de requisitos

2174
141

PLAN DE GESTION

legales para la verificación del cumplimiento y para comprometer las partes interesadas se hizo seguimiento a los proveedores sobre su gestión en seguridad y salud Ocupacional

La cultura de la seguridad basada en el comportamiento y sin duda alguna las gestiones administrativas para el mejoramiento de las condiciones de trabajo relacionadas con el confort, amplitud de áreas y equipos con tecnología de punta, repercutió positivamente en el bienestar y seguridad de los trabajadores y lo mas importante se logro disminuir en un 55% la accidentalidad con respecto al año 2008 al pasar de 29 accidentes a 13 accidentes en el 2009.

Si embargo las condiciones de hacinamiento en que se encuentra el área administrativa impiden garantizar condiciones óptimas laborales en esta área.

Se observan conceptos de reubicación laboral y cambios de condiciones laborales que no están debidamente sustentadas en el área de talento humano, en las respectivas hojas de vida.

4.3.8 Deudas de salarios, prestaciones sociales, parafiscales y pago de contratistas

La Empresa no tiene deudas por concepto de pago de salarios, prestaciones, sociales, parafiscales y pago a contratistas por concepto de prestación de servicios personales. Igualmente no tiene contingencias, ni pasivos por concepto de pensiones de jubilación y cálculos actuariales.



343
142

PLAN DE GESTION

4.4 Proyectos en Ejecución

Proyecto IPC

El proyecto IPC fue contratado en dos fases: La primera denominada consulta externa, fue contratado mediante invitación pública y ejecutado en el primer semestre del 2.009.

La segunda Fase: urgencias se inicia el 1 de Junio de 2.009, con un plazo de 120 días.

Clase Contratación: Licitación Pública

CONTRATISTA: Consorcio Escala

Valor Inicial : \$599.230.367.10

Adición : \$294.811.736

Valor Final del Contrato: \$894.132.103

El proyecto fue cofinanciado con \$500 millones por parte de la Gobernación del Huila.

Plazo Inicial: 90 Días Calendarios

Fecha Iniciación 1 de Junio de 2.009

Según se me ha informado, el contrato ha tenido suspensiones debido a problemas en los diseños arquitectónicos, eléctricos por el cumplimiento en la Normatividad RETIE y estructurales en el cumplimiento de la normatividad de la VULNERABILIDAD SISMICA, de acuerdo a las normas NSR-98, lo que ha obligado a efectuar los ajustes y rediseños necesarios que permitan garantizar la terminación de las obras en condiciones de seguridad y sin ningún tipo de riesgo para los usuarios. Igualmente al efectuar los estudios respectivos se determinó demoler toda la estructura del área del segundo piso y rediseñar el área del primer



~~242~~
143

PLAN DE GESTION

piso, previa concertación con la comunidad y la Secretaría de Salud Departamental, lo que obligó a renegociar precios y cantidades de obra que inicialmente no se encontraban pactadas. Todas estas modificaciones no previstas en el diseño inicial conllevaron a las demoras en la ejecución de obra, pero en la actualidad se encuentra en ejecución y se tiene programado la terminación total a finales de mayo del presente año.

Proyecto CAIMI

La elaboración de los diseños y presupuesto fueron contratados y recibidos por el Municipio de Neiva. El proyecto fue inscrito en el Banco de proyectos de Planeación Municipal, el Plan Bienal, recibió viabilidad de la Secretaría Departamental de Salud y fue Aprobado por el Ministerio de la Protección Social y se encuentra pendiente de aprobación de la licencia de construcción en la Curaduría Segunda de Neiva. El proyecto igualmente recibió concepto favorable del Ministerio de la Protección Social para ser cofinanciado con recursos de regalías por parte del Fondo Nacional de Regalías, donde se encuentra para su aprobación.

El proyecto requiere de revisión técnica y del presupuesto, previo al proceso de contratación, debido a que se han encontrado deficiencias e inconsistencias en los diseños y presupuestos que ameritan el ajuste respectivo, con el fin de poder iniciar y culminar exitosamente la etapa constructiva.



247
 144

PLAN DE GESTION

Proyecto Centro Salud Comuna 6

Es un proyecto concebido en el plan de desarrollo del Municipio de Neiva. El municipio firmó convenio con la ESE CEO, para la elaboración de diseños y presupuesto el cual se encuentra en ejecución.

4.5 Tablero Indicadores Resolución 473 de 2008

A continuación se presenta el desarrollo de los indicadores definidos en la Resolución 473 de 2.008, aplicados a 31 de Diciembre de 2.009, que sirven como diagnóstico e información base para el plan de gestión así:

TABLA NUMERO 2 INDICADORES RESOLUCION 473 DE 2008
 RESULTADO INDICADORES

AREA	INDICADOR	AÑO 2009	OBSERVACIONES
GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA 50%	Cumplimiento del plan estratégico de desarrollo u operativo	87%	NO se compró el RX, El servidor de respaldo de servicios Web. No se elaboró el proyecto de la unidad de medios de comunicación de la ESE y no se estableció el sistema de costos
	Equilibrio financiero operacional ajustado (pesos)	-3.213.329.512,79	Es un indicador que combina dos sistemas de gestión: Uno por causación (contable) y otro de caja (presupuesto), por lo cual el indicador tiende a ser negativo.
	Equilibrio o déficit presupuestal de la vigencia (pesos)	-9.094.836.738,00	Es un indicador que tiende a ser negativo porque compara recaudos efectivos de la vigencia con compromisos. Como el recaudo en promedio es a 120 días, por lo tanto comparan 8 meses de ingresos contra 12 meses de gastos.
	Porcentaje de participación de los ingresos provenientes de la venta de servicios de salud en la financiación de la entidad	97%	Indicador: Ingresos por venta de servicios/Total Ingresos 27.057.671.563 / 27.840.300.601

240
145

PLAN DE GESTION

	Razonabilidad de estados financieros	Razonables	Son razonables con excepción. Ver numeral 4.1.2.6
	Cumplimiento en el reporte de la información del Decreto 2193 de 2004	Información oportuna, completa, confiable y coherente	Se ha reportado información trimestral, semestral y anual de las áreas financiera y de prestación de servicios
	Calificación de la gestión del control interno	Porcentaje de implementación de MECI del 98%	Se encuentra documentado pero no existe adherencia y conocimiento de los diferentes elementos
	Procesos judiciales contestados dentro del término legal (incluidas tutelas)	Totalidad de los procesos judiciales y tutelas contestados dentro del término legal	Ver tabla numeral 4.1.4
GESTIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (40%)	Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica general (días)	1,87 días	Se aclara que existe demanda insatisfecha no cuantificada
	Oportunidad en la atención en consulta de urgencias (minutos)	50,9 minutos	
	Proporción de vigilancia de eventos adversos	100% de eventos adversos gestionados	Se presentaron 74 eventos adversos, los cuales fueron gestionados en su totalidad
	Porcentaje de satisfacción de los usuarios	97,9%	Se aplicaron 23.341 encuestas
	Certificación del cumplimiento de requisitos de habilitación	Servicios Certificados al 100%	Se requiere inversión para el cumplimiento total
GESTION ADMINISTRATIVA 10%	Monto de la deuda de salarios superior a un mes	No hay deuda	
	Monto de la deuda de aportes a seguridad social	No hay deuda	
	Monto de la deuda de parafiscales	No hay deuda	
	Número de accidentes de trabajo gestionados durante la vigencia	100% Reportados y Gestionados	Se presentaron 13 accidentes que fueron reportados y gestionados
	Fenecimiento de la cuenta	Cuenta fenecida	
	Monto de la deuda a contratistas o terceros superior a un mes	No hay deuda	

Fuente: Oficina de Planeación ESE CEO



PLAN DE GESTIÓN

5. DEFINICIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

5.1 Objetivo General

Definir el plan de gestión de la Gerencia de la ESE Carmen Emilia Ospina, por el periodo comprendido entre la aprobación del plan de gestión, al 31 de Marzo de 2.012, de tal manera que permita medir la Gestión Institucional, acorde con los parámetros definidos en el Decreto 357 del 2.008 y Resolución 0473 del 2.008 del Ministerio de la Protección Social.

5.2 Objetivos Específicos

5.2.1 Medir la Gestión Gerencial y estratégica de la Empresa

5.2.2 Medir la Gestión en la prestación de servicios de salud

5.2.3 Medir la gestión en el ámbito administrativo

5.3 Alcance

El plan de Gestión y medición resultados, según los establece el Decreto 357 de 2.008 y la Resolución 0473 del 2.008 del Ministerio de la Protección Social, cubre el periodo comprendido entre la aprobación del plan de gestión, al 31 de Marzo de 2.012.

5.4. Lineamientos Generales del Plan de gestión

Los lineamientos generales para el cumplimiento del plan de gestión propuesto por cada área de gestión en el periodo de Gerencia a mi cargo son los siguientes:



238
147

PLAN DE GESTION

LINEAMIENTOS GENERALES PLAN DE GESTION

AREA	LOGROS A ALCANZAR	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR	METAS
GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA	Reformular el plan de desarrollo institucional	Elaborar documento de diagnóstico institucional	Plan de Desarrollo ajustado
		Redefinir y socializar la plataforma estratégica	
		Redefinir el plan de acción y plan de desarrollo	
	Lograr el equilibrio financiera de la empresa	Ajuste del costo y gasto de la ESE a fin de lograr el equilibrio financiero	Desmonte de primas técnicas, ajuste del valor de honorarios en la contratación acorde con los precios de mercado, revisión de los contratos de vigilancia y aseo, revisión y ajuste en consumos de servicios públicos, ajuste de utilización de insumos acorde con la producción, Renegociar los contratos existentes para disminuir precios
		Reformular el presupuesto para el 2010	Ajuste del presupuesto en \$5.724.887.559
		Reformular el plan de compras del 2010	Plan de compras ajustado
	Mejorar el cobro de cartera	Mejorar los índices de rotación de cartera	Establecer la contratación del profesional del derecho con base en los recaudos. Definir procedimiento de cobro de cartera
Fortalecer el sistema de control interno	Efectuar despliegue del MECI	Capacitación permanente a los servidores, Ajuste del plan de auditorías	
Fortalecer el sistema de mercadeo	Implementar el sistema de costos	Establecer el sistema de costos por actividad	
GESTION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	Mejorar la operatividad de la empresa en el área asistencial	Ofrecer servicios complementarios	Odontología plus, optometría, medicina alternativa, telemedicina
		Contar con la coordinación del área asistencial	Contratar un médico para la coordinación de los procesos de el área asistencial
	Fortalecer el sistema de Garantía de la Calidad	Fortalecer convenio docente asistencial con la USCO	Redefinir compromisos, fortalecer las actividades de pediatría, Medicina Interna y Gineco Obstetricia
		Cumplimiento del sistema único de habilitación	Cumplir con el 100% de los estándares de habilitación
		Ajuste e implementación del Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad	Disminuir la brecha entre la calidad observada y esperada en los procesos priorizados, implementación del comité de calidad, tener trazabilidad de la mejora continua
Seguimiento a los indicadores de calidad			
GESTION ADMINISTRATIVA	Proyectar Ajuste de la estructura organizacional de la Empresa	Efectuar estudio de reestructuración administrativa	



237
 148

PLAN DE GESTION

Fortalecer el programa de salud ocupacional	Aplicación de la normatividad de salud ocupacional	Actualizar el panorama de riesgos, Actualizar el plan de emergencias, Reportar y gestionar todos los accidentes de trabajo
Fortalecer el proceso de gestión del talento humano	Definición y ajuste de las políticas del talento humano	Definir los proceso de selección, inducción y reintroducción, los programas de capacitación, bienestar social e incentivos, definir cargas de trabajo, definir proceso de inclusión social.
Fortalecer el área de bienes y servicios	Definir el plan de Mantenimiento Proyección de compras de acuerdo con las negociaciones con las EPS y a la disponibilidad presupuestal	Elaborar, implementar y seguimiento al plan de mantenimiento, Radicación ante la Secretaría Departamental de salud
Implementar el sistema de archivo documental	Desarrollo de las políticas de plan general de archivos	Elaboración tablas de retención documental, definición políticas de archivo, aplicación de las normas de archivo, digitalización del archivo de contratación
Integración administrativa	Unificación de las diferentes áreas administrativas en una sola área	Presentación del proyecto a la Junta Directiva

5.4.1 Compromisos específicos por cada área de gestión.

De Acuerdo con la Resolución 0473 de 2.003 y los anexos técnicos definidos por el Ministerio de la Protección Social, las actividades y metas a alcanzar en el periodo de Gerencia a mi cargo son los siguientes:

PLAN DE GESTION

5.4.1:1 Gestión Directiva y Estratégica

METAS GESTION DIRECTIVA Y FINANCIERA

ÁREA	INDICADOR	LINEA BASE DIC 2009	META SEMESTRE 1 DIC. 2010	META SEMESTRE 2 JUNIO 2011	META SEMESTRE 3 DIC 2011
GESTIÓN DIRECTIVA Y ESTRATEGICA (50%)	Porcentaje de cumplimiento del plan estratégico, de desarrollo u operativo	67%	95%	97%	100%
	Equilibrio financiero operacional ajustado (pesos)	- 3.213.929.512,79	Disminuir déficit a \$1.000 millones	Disminuir déficit a \$500 Millones	Lograr el equilibrio financiero
	Equilibrio o déficit presupuestal de la vigencia (pesos)	- 9.094.836.738,00	Disminuir el déficit a \$6.000 millones	Disminuir el déficit a \$5.000 millones	Disminuir el déficit a \$4.000 millones
	Porcentaje de participación de los ingresos provenientes de la venta de servicios de salud en la financiación de la entidad	97%	95%	96%	97%
	Razonabilidad de estados Financieros	Razonables	Razonables	Razonables	Razonables
	Cumplimiento en el reporte de la información del Decreto 2193 de 2004	Información oportuna, completa, confiable y coherente	Pleno cumplimiento	Pleno cumplimiento	Pleno cumplimiento
	Calificación de la Gestión del control interno	Porcentaje de implementación de MECI del 98%	100%	100%	100%
	Procesos judiciales contestados dentro del término legal (incluidas las tutelas)	Totalidad de los procesos judiciales y tutelas contestados dentro del término legal	100%	100%	100%



235
150

PLAN DE GESTION

5.4.1.2 Gestión de prestación de servicios

METAS GESTION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS

ÁREA	INDICADOR	LINEA BASE DIC 2009	META SEMESTRE 1	META SEMESTRE 2	META SEMESTRE 3
GESTIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (40%)	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (días)	1,97 días	5	4	3
	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias (minutos)	50,9 minutos	45	40	38,00
	Proporción de vigilancia de eventos adversos	100% de eventos adversos gestionados	100%	100%	100%
	Porcentaje de satisfacción de los usuarios	97,9%	92%	93%	95%
	**Certificación del cumplimiento de requisitos de habilitación	Servicios Certificados al 100%	100%	100%	100%

PLAN DE GESTION

5.4.1.3 Gestión Administrativa

METAS GESTION ADMINISTRATIVA

ÁREA	INDICADOR	LINEA BASE DIC 2009	META SEMESTRE 1	META SEMESTRE 2	META SEMESTRE 3
GESTIÓN ADMINISTRATIVA (10%)	Monto de la deuda de salarios superior a un (1) mes	No hay deuda	0,00	0,00	0,00
	Monto de la deuda de aportes a seguridad social (pesos)	No hay deuda	0,00	0,00	0,00
	Monto de la deuda de parafiscales (pesos)	No hay deuda	0,00	0,00	0,00
	Número de accidentes de trabajo Gestionados durante la vigencia	100% Reportados y Gestionados	100%	100%	100%
	Fenecimiento de la cuenta	Cuenta fenecida	Si fenecida	Si fenecida	Si fenecida
	Monto de la deuda a contratistas o terceros superior a un (1) mes (pesos)	No hay deuda	0,00	0,00	0,00

6. INDICADORES DEL ANEXO TÉCNICO RESOLUCION 473 DE 2.008

De acuerdo con lo establecido en la Resolución 473 de 2008, el plan de gestión presentado por el Gerente a la Junta Directiva, debe contener las metas de gestión del período para el que ha sido nombrado, es decir hasta el 31 de marzo de 2012. Su cumplimiento se medirá con el seguimiento a los indicadores establecidos en el anexo técnico y de acuerdo con la herramienta adoptada para ello.

233
152

PLAN DE GESTION

La tabla Nro. 4 del Anexo Técnico de la Resolución 473 de 2008, establece el instructivo para la calificación de cada uno de los indicadores definidos en dicha resolución, determinando el puntaje que debe ser asignado a cada indicador a partir de la variación producto de la comparación del resultado del periodo evaluado frente a la línea de base.

A continuación se precisan algunos aspectos acerca de la valoración y uso de los indicadores.

6.1. GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA

En esta se miden los resultados alcanzados en el desarrollo de herramientas gerenciales consideradas estratégicas y vitales para toda institución, tales como la planeación, los sistemas de información y los sistemas de control, entre otros.

6.1.1. Cumplimiento del plan estratégico, de desarrollo u operativo.

Mide el cumplimiento de los logros planteados por la entidad durante el semestre a evaluar. Corresponde al avance en actividades o al cumplimiento de metas planeadas para el período y se desprende de los mecanismos de evaluación a la ejecución de la planeación que la entidad haya definido.



PLAN DE GESTION

DEFINICION MATEMATICA		CONCEPTO	FUENTE PRIMARIA
	a	Número de logros alcanzados en el semestre	Informe de planeación institucional o quien haga sus veces, certificado por la Gerencia
(/)	b	Número de logros programados para el semestre	Plan estratégico, de desarrollo u operativo de la institución
(=)	$a \cdot 100 / b$	Porcentaje de cumplimiento	

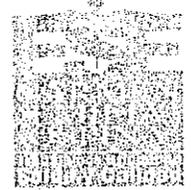
Unidad de Medición	Porcentaje de Cumplimiento
Factor	100%

VARIABLES

CONCEPTO	DEFINICION
Número de logros o metas alcanzadas o con cumplimiento adecuado para el período	Corresponde a aquellas metas o logros planteados cuya evaluación en el período arrojó un cumplimiento adecuado según la metodología utilizada por la institución
Número de logros o metas programadas en la planeación institucional para el período	Número total de metas o logros a alcanzar en el período, de acuerdo con los planes institucionales

6.1.2. Equilibrio financiero operacional ajustado

Mide la sostenibilidad financiera de la institución en términos del dinero recaudado y el proyectado a recaudar por la venta de servicios de salud durante el período objeto de evaluación frente a los costos y gastos causados durante la misma.



BT
154

PLAN DE GESTION

OPERACION MATEMATICA		CONCEPTO	FUENTE PRIMARIA
	A	Ingresos recaudados por venta de servicios en el periodo	Columna de recaudo de las ejecuciones presupuestales al cierre del periodo a evaluar, por el contador de la entidad.
(-)	B	Disponibilidad inicial	Columna de recaudo de las ejecuciones presupuestales al cierre del periodo a evaluar avalados y certificados por el contador de la entidad.
(-)	C	Cuentas por cobrar vigencias anteriores	Cuentas por cobrar certificadas por el contador
(+)	D	Menor valor entre cartera por venta de servicios < a 60 días, y el recaudo de cartera de periodos anteriores	Cartera por venta de servicios < a 60 días. Formulario de cartera reportado en función del Decreto 2193 de 2004 al cierre del periodo a evaluar, certificado por el contador de la entidad. Recaudo de periodos anteriores: Columna de recaudo de ejecuciones presupuestales al cierre del periodo a evaluar debidamente avalado y certificado por el contador de la entidad.
(+)	E	Costo de Ventas y de Operación	Estado de actividad financiera, económica, social y ambiental debidamente avalado y certificado por el Revisor Fiscal, en su defecto.
(+)	F	Gastos Operacionales	
(-)	G	Depreciaciones, amortizaciones, provisiones y agotamiento	por el contador de la entidad.
(=)	[a-b-c+d]-[e+f] g]	Equilibrio financiero operacional ajustado	

Unidad de medición	Valores en pesos corrientes
Estándar propuesto	> Cero



80
WJ

PLAN DE GESTION

VARIABLES

	CONCEPTO	DEFINICION
a	Ingresos recaudados por venta de servicios en el período	Son los valores recaudados por la facturación generada y radicada durante la período objeto de evaluación (no se debe incluir la disponibilidad inicial ni el recaudo de períodos anteriores)
b	Disponibilidad inicial	Columna de recaudo de las ejecuciones presupuestales al cierre del período a evaluar avalados y certificados por el contador de la entidad.
c	Recaudo de Cuentas por cobrar de períodos anteriores	Es el valor de la recuperación de cartera en el período objeto de evaluación, de las acreencias a favor de la entidad generada en años anteriores.
	Cartera menor a 60 días	Es el valor de las facturas por venta de servicios generadas pendientes de recaudar que en el estado de cartera tienen entre 0 y 60 días de antigüedad.
e	Costo de Ventas y de Operación	Son los costos causados durante el período objeto de evaluación de acuerdo con las normas técnicas y procedimientos establecidos en el Manual de Procedimientos del Régimen de la Contabilidad Pública.
f	Gastos Operacionales	Son los gastos asociados con actividades de dirección planeación y de apoyo logístico de la entidad durante la período objeto de de acuerdo con las normas técnicas y procedimientos establecidos en el Manual de Procedimientos del Régimen de la Contabilidad Pública.
g	Depreciaciones, amortizaciones, provisiones y agotamiento	Representan los montos determinados para cubrir las provisiones futuras de ocurrencia cierta, derivados de contingencias de pérdida o provisiones por eventos que afecten el patrimonio público, así como el valor relativo al desgaste o pérdida de la capacidad operacional por uso de los bienes, su consumo, o extinción.

6.1.3. Equilibrio o déficit presupuestal del período

Mide la sostenibilidad presupuestal de la institución en términos del dinero recaudado del período a evaluar frente a los gastos comprometidos durante el mismo período.



229
156

PLAN DE GESTION

OPERACION		CONCEPTO	FUENTE PRIMARIA
	a	Ingresos recaudados del periodo sin incluir recursos de convenios	Columna de recaudo de las ejecuciones presupuestales al cierre del periodo a evaluar, certificadas por el contador de la entidad, sin incluir los recursos recaudados por concepto de convenios.
(-)	b	Disponibilidad Inicial	Columna de recaudo de las ejecuciones presupuestales al cierre del periodo a evaluar avalados y certificados por el contador de la entidad.
(-)	c	Recaudo de cuentas por cobrar de periodos anteriores	Columna de recaudo de ejecuciones presupuestales al cierre del periodo a evaluar debidamente avalado y certificado por el contador de la entidad.
(-)	d	Compromisos del periodo	Columna de compromiso de las ejecuciones presupuestales al cierre del periodo a evaluar y Balance General debidamente avalados y certificados por el contador de la entidad.
(-)	e	Cuentas por pagar de periodos anteriores	Columna de compromiso de las ejecuciones presupuestales al cierre del periodo a evaluar y Balance General debidamente avalados y certificados por el contador de la entidad.
(=)	(a-b-c)-(d-e)	Equilibrio o déficit presupuestal del periodo	

Unidad de medición	Valores en pesos centenos
Estándar propuesto	> Cero

278
157

PLAN DE GESTION

VARIABLES

	CONCEPTO	DEFINICION
a	Ingresos recaudados del período sin incluir recursos de convenios	Son los valores totales recaudados por todo concepto sin incluir los recursos percibidos a través de convenios. Se entiende por recursos percibidos a través de convenios aquellos asignados por la nación o la entidad territorial destinados al fortalecimiento o reorganización institucional.
b	Disponibilidad inicial	Es el saldo de caja, bancos e inversiones temporales y que corresponden a la disponibilidad final del período anterior
c	Recaudo de cuentas por cobrar de períodos anteriores.	Es el valor de la recuperación de cartera en el período objeto de evaluación, de las acreencias a favor de la entidad, generada en períodos anteriores.
d	Compromisos del período	Gastos que comprenden las apropiaciones para funcionamiento, operación comercial, servicio de la deuda e inversión que se causen durante el período fiscal respectivo.
e	Cuentas por pagar de períodos anteriores	Son las obligaciones pendientes por cancelar generadas durante períodos anteriores, con respaldo presupuestal del período actual.

Es importante mencionar que las evaluaciones ordinarias al corte de Junio de cada año o de las evaluaciones extraordinarias, el valor comprometido deberá reflejar los valores que cubran el período a evaluar.

6.1.4. Porcentaje de participación de los ingresos provenientes de la venta de servicios en la financiación de la entidad

Mide qué proporción de la operación de la empresa está financiada con los ingresos recaudados que la empresa destina a la prestación de servicios de salud.



227
158

PLAN DE GESTION

DEFINICION MATEMATICA		CONCEPTO	FUENTE PRIMARIA
	a	Ingresos recaudados por venta de servicios en el periodo	Columna de recaudo de las ejecuciones presupuestales al cierre del periodo a evaluar avalados y certificados por el contador de la entidad.
(/)	b	Ingresos recaudados en el periodo sin incluir recursos de convenios	Columna de recaudo de las ejecuciones presupuestales al cierre del periodo a evaluar, certificadas por el contador de la entidad, sin incluir los recursos recaudados por concepto de convenios.
(*)	c	100	
(=)	(a/b)*c		% Participacion

Unidad de Medición	Porcentaje
Estándar propuesto	100%

VARIABLES

	CONCEPTO	DEFINICION
a	Ingresos recaudados por venta de servicios en el periodo	Son los valores recaudados durante la periodo objeto de evaluación para la prestación de servicios de salud (no se debe incluir la disponibilidad inicial ni el recaudo de periodos anteriores)
b	Ingresos recaudados del periodo sin recursos de convenios	Son los valores totales recaudados por todo concepto sin incluir los recursos percibidos a través de convenios. Se entiende por recursos percibidos a través de convenios aquellos asignados por la nación o la entidad territorial destinados al fortalecimiento o reorganización institucional.

6.1.5. Razonabilidad de los estados financieros

La contabilidad es una de las herramientas de gestión más importantes para una empresa y debe expresar la situación financiera de la entidad para posibilitar la



726
 159

PLAN DE GESTION

toma de decisiones racionales, oportunas y adecuadas para el desarrollo y crecimiento de la misma.

Los estados contables expresan, en forma indirecta, el adecuado funcionamiento de los sistemas de información y de control de la entidad y son conceptuados por la Revisoría Fiscal y por los entes de control, concepto contenido en sus informes. En aquellas entidades que no estén obligadas a tener Revisor Fiscal, el concepto deberá ser emitido por el contador de la misma.

Para las evaluaciones ordinarias con corte a Junio 30 y las evaluaciones extraordinarias se mantendrá la calificación obtenida en el informe más reciente.

6.1.6. Cumplimiento en el reporte de la información del Decreto 2193 de 2004

Mide el cumplimiento de los términos establecidos en los artículos 2 y 5 del Decreto 2193 de 2004, para el reporte de información de gestión de IPS públicas

CONCEPTO	FUENTE PRIMARIA
Oportunidad	Certificación expedida por la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social.
Calidad	Validación de la dirección departamental o distrital de salud
Estándar propuesto	La información debe haber sido recibida en forma oportuna por parte del Ministerio y contar con la validación de la dirección departamental o distrital de salud

6.1.7. Calificación de la gestión de control interno

La normatividad vigente exige a las Empresas Sociales del Estado el desarrollo de un Modelo Estándar de Control Interno – MECI, concediendo un plazo para



PLAN DE GESTION

máximo para su implementación que vence el 8 de Diciembre de 2008 (Ley 87 de 1993, Ley 734 de 2002, Decretos 1599 de 2006 y 2913 de 2007 entre otras normas).

El Modelo Estándar de Control Interno que se establece para las entidades del Estado proporciona una estructura para el control a la estrategia, la gestión y la evaluación, cuyo propósito es orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines esenciales del Estado. En él se aprecia que la calificación obtenida luego de la aplicación de las encuestas y la tabulación de las mismas, arroja un resultado que varía entre 0 y 5 y se proponen cuatro rangos de calificación, los que establecerían el grado de implementación y el nivel de desempeño del sistema.

Para efecto de aplicar esta evaluación, la cual es obligatoria para las entidades del Estado y responsabilidad de la alta dirección según las normas vigentes, se debe transformar la calificación obtenida a una escala porcentual. Con ello, cada punto obtenido correspondería a un 20% de avance, tal como se muestra en la siguiente tabla.

RANGO	CRITERIO	PUNTAJE	FACTOR DE CONVERSION	AVANCE PORCENTUAL
Puntaje Total entre 0,0 y 2,0	Inadecuado	0,00	0,2 * 100	0
		1,00		20
		2,00		40
Puntaje Total entre 2,1 y 3,0	Deficiente	2,10		42
		3,00		60
Puntaje Total entre 3,1 y 4,0	Satisfactorio	3,10		62
		4,00		80
		4,10		82
Puntaje Total entre 4,1 y 5,0	Adecuado	4,10		82
		5,00		100

Entonces, para obtener el avance porcentual en la implementación o el funcionamiento del MECI es necesario multiplicar por 0,2 * 100 la calificación



224
161

PLAN DE GESTIÓN

obtenida del sistema de evaluación estandarizado por el Departamento Administrativo de la Función Pública y trasladar el resultado a la columna de resultados de la herramienta de calificación del Anexo técnico de la Resolución 473 de 2004.

Para las evaluaciones ordinarias con corte a Junio 30 y las evaluaciones extraordinarias se mantendrá la calificación obtenida en el informe más reciente.

6.1.8. Procesos Judiciales contestados dentro del término legal

La totalidad de los procesos judiciales instaurados contra la entidad deben ser atendidos en forma oportuna y eficaz, siendo responsabilidad directa del Representante Legal de la ESE el control y la verificación de dicho cumplimiento.

Para la construcción del indicador deberá analizarse en el período cuántos procesos judiciales se han interpuesto en contra de la entidad que requieran la presentación de recursos para la defensa de la institución, y cuántos de estos fueron interpuestos dentro de los términos legales establecidos para ello. Su calificación solo admite, según lo establecido en la tabla 4 del anexo de la Resolución 473, dos posibilidades: 5 cuando la totalidad de los recursos que debían ser presentados estuvieron dentro de los términos establecidos o 0 cuando alguno de dichos términos se haya vencido sin que se hubiera presentado el respectivo recurso.

En ese orden de ideas, las casillas correspondientes a línea de base y resultado del período evaluado deberán registrar el total de recursos judiciales instaurados dentro de los términos establecidos, especificando la proporción de los mismos interpuestos en términos, expresando dicha proporción en forma numérica: 5/8, 10/10, etc.



223
162

PLAN DE GESTION

DEFINICION MATEMATICA		CONCEPTO	FUENTE PRIMARIA
	a	Recursos interpuestos dentro de los términos establecidos durante el periodo	Informe del Abogado de la institución o quien haga sus veces avalado por Control Interno
(/)	b	Total de recursos que debían ser interpuestos durante el periodo	Informe del Abogado de la institución o quien haga sus veces avalado por Control Interno
(=)	a/b	Proporción de recursos interpuestos en términos durante el periodo	

Unidad de Medición	Proporción
Estándar propuesto	La proporción debe ser 1/1

VARIABLES

	CONCEPTO	DEFINICION
a	Recursos interpuestos dentro de los términos establecidos durante el periodo	Número de recursos judiciales interpuestos dentro de los términos establecidos en los diferentes procesos judiciales en contra de la institución, incluidas tutelas
b	Total de recursos que debían ser interpuestos durante el periodo	Número total de recursos judiciales que debían ser interpuestos por la institución pues sus términos vencían dentro del periodo a evaluar, en los diferentes procesos judiciales en contra de la institución, incluidas tutelas

6.2. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Corresponde a algunos de los indicadores establecidos por la Resolución 1446 de 2006, de obligatorio cumplimiento y reporta para las IPS del país. Se adopta la descripción realizada en la norma citada, aclarando que la administración deberá soportarse en la información radicada ante la Superintendencia Nacional de Salud para el semestre en evaluación. La construcción de los indicadores deberá



~~273~~
163

PLAN DE GESTION

La monitorización por parte de las instituciones del indicador de oportunidad de la asignación de cita, debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Para una correcta evaluación de este indicador es necesario que la institución implemente adecuadamente un proceso de asignación de citas, de manera que pueda establecer para cada usuario del servicio la fecha en que solicita la cita y la fecha en que se le programa o asigna. Es necesario que se correlacione su evaluación con un análisis de la demanda insatisfecha en la organización, como quiera que esta permita validar si el proceso de asignación de citas asignado está funcionando adecuadamente y de manera indirecta permitirá evaluar la fiabilidad del resultado presentado. El resultado de la oportunidad permitirá a los prestadores evaluar la suficiencia de la oferta institucional y los ajustes necesarios para atender la demanda que presenta, entre otras cosas.



227
164

PLAN DE GESTION

Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita
Denominador	Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución
Unidad de medición	Días
Factor	1
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Libro/registro de asignación de citas	Libro/registro de asignación de citas
recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control	Superintendencia Nacional de Salud	

6.2.2. Oportunidad de la atención en consulta de urgencias

La oportunidad de la atención en este servicio es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolotividad es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Debe brindarse una respuesta rápida para lograr la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y los riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención.



220
165

PLAN DE GESTION

Para evaluar correctamente este indicador es necesario que la institución establezca instrumentos que le permitan determinar la hora de llegada del paciente al servicio de urgencias, y la hora en que es atendido por un profesional de la salud en dicho servicio. Es necesario que se correlacione su evaluación con un análisis de los usuarios que no son atendidos en el servicio de urgencias y su respectivo análisis causal, como quiera que esta permitirá evaluar de manera indirecta la fiabilidad del resultado presentado.

Numerador	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico
Denominador	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias
Unidad de medición	Minutos
Factor	1
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Libro/registro de asignación de urgencias	Libro/registro de asignación de urgencias
Periodicidad	Mensual	
Periodicidad de	Semestral	
Responsable de la	IPS	
Vigilancia y control	Superintendencia Nacional de Salud	

6.2.3. Proporción de vigilancia de eventos adversos

La seguridad paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Una medida importante de la seguridad del paciente es la ocurrencia de Eventos Adversos en los pacientes atendidos. Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con



mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles.

Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La vigilancia de la ocurrencia de los Eventos Adversos debe estar acompañada del análisis y de la gestión de los factores que llevan a su ocurrencia, impactando en la mejora de la seguridad con la cual son atendidos los pacientes en la institución.

La información que genera este indicador no pretende evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos en la institución, sino en que medida la institución hace un esfuerzo sistemático para vigilar, evaluar y mejorar la seguridad de la atención. Este indicador no evalúa el número de eventos adversos presentados en el período, sino la proporción de éstos que han sido adecuadamente gestionados.

Se entiende por gestión de eventos adversos los esfuerzos que realiza la institución por detectarlos, realizar un análisis causal sobre su ocurrencia y desarrollar las acciones necesarias tendientes a prevenir su futura ocurrencia.



218
 167

PLAN DE GESTION

Numerador	Número total de eventos adversos detectados y gestionados
Denominador	Número total de eventos adversos detectados
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos
Periodicidad	Continua	
Periodicidad de	Semestral	
Responsable de la	IPS	
Vigilancia y control	Superintendencia Nacional de Salud	

6.2.4. Porcentaje de satisfacción de usuarios

La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud

La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

De acuerdo con la ficha técnica definida en la Resolución 1446, el indicador es el siguiente:

217
168

PLAN DE GESTION

Numerador	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS
Denominador	Número total de pacientes encuestados por la IPS
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por 100

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Encuesta de satisfacción	Encuesta de satisfacción
Periodicidad	Mensual	
Periodicidad de	Semestral	
Responsable de la	IPS	
Vigilancia y control	Superintendencia Nacional de Salud	

6.2.5. Certificación del cumplimiento de requisitos de habilitación

Los estándares de habilitación definen el punto por debajo del cual los potenciales riesgos exceden los beneficios esperados de la atención en salud, y por lo tanto es preferible que la Atención en salud no se dé en condiciones que pueden amenazar la seguridad del paciente.

Este indicador busca evaluar en qué medida la institución cumple con las condiciones básicas requeridas y en qué medida la institución hace esfuerzos por garantizar este entorno seguro, lo cual es evidenciado tanto por las acciones que adelante ante el ente territorial para agilizar el proceso de verificación externa que ratifique las condiciones declaradas por la misma institución, como por la obtención de la certificación luego de realizado el proceso de verificación, lo cual es indicativo del esfuerzo por ofrecer y mantener condiciones de atención en salud seguras.



216
169

El cierre parcial o total de un servicio, o de la misma institución durante el período de evaluación, por incumplimiento de las condiciones de habilitación, se considera un indicio de la falla en desarrollar esfuerzos para favorecer las condiciones básicas de seguridad de atención en la institución

Numerador	Servicios certificados en el cumplimiento de habilitación
Denominador	Número total de servicios que ofrezca la institución
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal

6.3. GESTIÓN ADMINISTRATIVA

En ningún caso se admite como normal la existencia de deudas con funcionarios de la empresa, como tampoco se admite como normal la deuda con contratistas con los que se tengan externalizados los servicios.

6.3.1. Monto de la deuda de salarios superior a un (1) mes

Mide la gestión en el pago de las obligaciones laborales.



215
170

PLAN DE GESTIÓN

DEFINICIÓN		CONCEPTO	FUENTE PRIMARIA
	a	Deuda correspondiente a la nómina	Balance General de la cuenta Nómina por pagar y certificación del contador de la entidad

Unidad de Medición	En pesos corrientes
Factor	0.

VARIABLES

CONCEPTO	DEFINICIÓN
Deuda salarios del personal de planta	Es el valor de las obligaciones por pagar a los empleados como resultado de la relación laboral existente y las originadas como consecuencia del derecho adquirido por acuerdos laborales de

6.3.2. Monto de la deuda de aportes a seguridad social

Mide la gestión en el pago de los aportes a la seguridad social.

DEFINICIÓN		CONCEPTO	FUENTE PRIMARIA
	a	Deuda correspondiente a aportes de seguridad social descontados y no pagados	Balance General y Certificación del contador de la entidad

Unidad de Medición	En pesos corrientes
Factor	0.

VARIABLES

CONCEPTO	DEFINICIÓN
Deuda correspondiente a aportes de seguridad social descontados y no pagados	Es el valor acumulado de los descuentos realizados a los empleados de acuerdo con los porcentajes establecidos por la ley

6.3.3. Monto de la deuda de parafiscales

Mide la gestión en el pago de las obligaciones parafiscales.



214
 171

PLAN DE GESTION

DEFINICION		CONCEPTO	FUENTE PRIMARIA
	a	Valor registrado de deuda correspondiente a pagos de aportes parafiscales no pagados	Balance General de las subcuentas incluidas en Obligaciones laborales y de Seguridad Social Integral del Plan General de la Contabilidad Pública y Certificación del contador de la entidad

Unidad de Medición	En pesos corrientes
Factor	0

VARIABLES

CONCEPTO	DEFINICION
Aportes parafiscales no pagados	Es el valor de los gravámenes establecidos con carácter obligatorio por la Ley, que no fueron pagados por la entidad, acumulados en el Balance General con corte al periodo evaluado.

6.3.4. Número de accidentes de trabajo gestionados durante el periodo

Numerador	Número total de accidentes de trabajo detectados y gestionados
Denominador	Número total de accidentes de trabajo detectados
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal

6.3.5. Fenecimiento de la cuenta

La calificación de si se cierra o no la cuenta anual presentada está dada por el organismo de control en el informe de auditoria. Mientras dicho informe no se genere se mantendrá la calificación obtenida en el informe más reciente durante todos los procesos de evaluación que se realicen.



213
 192

PLAN DE GESTION

6.3.6. Monto de la deuda a contratistas o terceros superior a un (1) mes

Mide la gestión en el pago de las obligaciones adquiridas con contratistas con los cuales se tengan externalizados los servicios en las diferentes formas de contratación (cooperativas de trabajo asociado, grupos de práctica profesional, firmas especializadas, etc.).

DEFINICION		CONCEPTO	FUENTE PRIMARIA
	a	Deudas por contratos de externalización de servicios	Balace General y Certificación del contador de la entidad

Unidad de Medición	en pesos corrientes
Factor	0.

VARIABLES

CONCEPTO	DEFINICION
Deudas por contratos de externalización de servicios	Son los valores adeudados por efectos de la contratación para la externalización de servicios, con personas naturales o jurídicas.

7. RIESGOS INHERENTES AL NO CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y METAS PROPUESTAS.

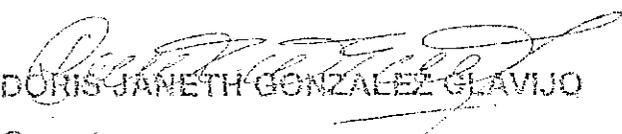
El Riesgo se define como toda posibilidad de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones la entidad y afectar el logro de sus objetivos, por ello es indispensable tener en cuenta los eventos adversos tanto internos como externos que pueda afectar o impedir el logro de las acciones y metas propuestas y que se deben tener en cuenta en el proceso de evaluación. Dentro de estos riesgos podemos enunciar:



PLAN DE GESTION

- El cambio de normatividad, políticas, directrices que modifiquen las condiciones en la negociación y prestación de los servicios de salud.
- La disminución en los porcentajes de negociación con las diferentes EPSS, que conlleve a disminución en los ingresos.
- El no cumplimiento de las funciones y responsabilidades de uno o varios actores del sistema, que conlleve a desviaciones en las metas y actividades propuestas.
- La probabilidad de riesgo epidemiológico o desastre natural que incremente la demanda en forma tal que los indicadores de oportunidad y accesibilidad se vean alterados.
- La no afiliación de la cantidad estimada de vinculados al régimen subsidiado, lo que continuación la prestación del servicio a pérdida.
- Deficiencias en las Bases de datos de la Secretaría de Salud Municipal, hacia las EPS y por ende la glosa de usuarios atendidos que no están en
- las bases de datos.

Neiva, Abril de 2010


DORIS JANETH GONZALEZ GLAVIJO

Gerente.



MUNICIPIO DE NEIVA

211
124

INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010

INFORME DE GESTION

VIGENCIA FISCAL 2010

DORIS JANETH GONZALEZ CLAVIJO
GERENTE

Neiva, Febrero de 2.011



INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010

TABLA DE CONTENIDO

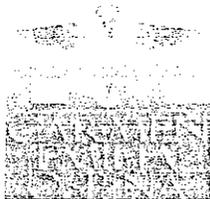
CONCEPTO	PAG
INTRODUCCIÓN	
1. GESTION ESTRATEGICA	2
1.1. Direccionamiento estratégico	2
1.2. Gestión financiera y presupuestal	9
1.2.1 Gestión financiera	9
1.2.2 Gestión Presupuestal	17
1.2.3 Equilibrio financiero operacional ajustado	23
1.2.4 Equilibrio presupuestal	23
1.2.5 Porcentaje de participación de los ingresos provenientes de la venta de servicios de salud en la financiación de la empresa	23
1.2.6 Razonabilidad de los estados financieros	23
1.2.7. Reporte información del decreto 2193 de 2.004	24
1.2.8 Implementación del sistema de control interno	24
1.2.9 Procesos judiciales contestados dentro del término legal	26
2. GESTION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	28
2.1. Población objeto	28
2.2. Prestación de servicios de salud	28
2.3 Programas de detección temprana y protección específica	30
2.3.1 Seguimiento al cumplimiento contractual de los programas	30
2.3.1.1 Cumplimiento Del programa Ampliado de Inmunizaciones PAI	31
2.3.1.2 Cumplimiento Del programa Salud Oral	32



209
176

INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010

2.3.1.3 Cumplimiento Del programa de Planificación Familiar	33
2.3.1.4 Cumplimiento Del programa de Crecimiento y Desarrollo.	34
2.3.1.5 Cumplimiento Del programa de Joven	35
2.3.1.6 Cumplimiento Del programa de Control Prenatal	36
2.3.1.7 Cumplimiento Del programa De Atención al Adulto	37
2.3.1.8 Cumplimiento Del programa De Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino.	38
2.3.1.9 Cumplimiento Del programa De Detección temprana de las Alteraciones Visuales.	39
2.3.1.10 Cumplimiento General De los Programas de Detección Temprana y Protección Específica	40
2.3.2. Brigadas de Salud	40
2.3.2.1 Actividades Ejecutadas.	43
2.3.3 Estrategia IAMI	45
2.3.3.1 Alcances de la estrategia IAMI por pasos para la sede de Granjas en el 2010.	45
2.3.3.2 Actividades de preparación para el parto "Curso Psicoprofiláctico"	46
2.3.3.3 Otras actividades	46
3. INDICADORES DE GESTION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	50
3.1 Oportunidad Consulta externa Médica General	51
3.2 Oportunidad Consulta externa Odontología	53
3.3 Oportunidad de Urgencias	54
3.4 Proporción Paciente con HTA controlada	55
3.5 Tasa de Infección Intrahospitalaria	56
3.6 Quejas resultas antes de 15 días	57
3.7 Tasa de satisfacción Global	58
3.8 Proporción de eventos adversos	59

208
177**INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010**

3.9 Cumplimiento de habilitación	62
4. MORBILIDAD POR SERVICIOS	64
4.1 Consulta externa	64
4.2 Morbilidad por hospitalización	65
4.3 Morbilidad por urgencias	66
4.4 Morbilidad en observación	67
4.5 Morbilidad por odontología	68
5, INDICADORES DE GESTION EN VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	70
5.1. Indicadores centinelas	72
5.1.1 Indicadores relacionados con la infancia	72
5.1.2 Indicadores centinelas relacionados con la gestación	73
5.2. Informe de eventos de interés en salud pública	74
5.2.1 Eventos relacionados con zoonosis 2009 – 2010	75
5.2.1.1 El dengue	75
5.2.1.1.1 Mortalidad por dengue	77
5.2.1.2 Las exposiciones rábicas	77
5.2.2 eventos relacionados con la niñez y la gestante	78
5.2.3 Eventos relacionados con intoxicaciones	79
5.2.4 Enfermedades crónicas trasmisibles	79
5.2.5 Eventos relacionadas con salud mental	80
5.2.6 Actividades de contención para la pandemia de influenza ah1n1	81
5.2.6.1 Incidencia de infecciones respiratorias del 2008 al 2010	81
5.2.6.2 Seguimiento centinela de h1n1	81
5.2.7 vigilancia centinela de las diarreas causadas por rotavirus	82
6. CONVENIOS	84
7. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU)	87
7.1 Satisfacción al usuario	88

207
178**INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010**

7.2 Capacitaciones realizadas por el SIAU en vigencia 2010	88
8. GESTION ADMINISTRATIVA	89
8.1 Gestión del talento humano	90
8.2 ACTIVIDADES DE SALUD OCUPACIONAL	91
8.2.1 Realización de los exámenes de Glicemia, perfil lipidico y el Anticuerpo de antígeno de superficie de Hepatitis B.	91
8.2.2 Accidentalidad laboral	92
8.2.3 Actividades de capacitación	93
8.2.4 Implementación de NTC OHSAS 18.001	93
8.2.5 Simulacros de Evacuación	94
8.3 Gestión ambiental	95
8.3.1 Disposición de residuos en Relleno Sanitario	97
8.3.2 Desactivación de baja eficiencia	98
8.3.3 Destinación para incineración	99
8.4 Sistemas de información	100
8.5 Indicadores de gestión administrativa	102
8.5.1 Monto de la deuda de salarios superior a un (1) mes	102
8.5.2 Monto de la deuda de aportes a seguridad social	102
8.5.3 Monto de la deuda de parafiscales	103
8.5.4 Numero de accidentes de trabajo gestionados durante la vigencia	103
8.5.5. Fenecimiento de la cuenta	103
8.5.6 Monto de la deuda a contratistas o terceros superior a un (1) mes	104
9 TABLERO DE INDICADORES DIC. 2009 – DICIEMBRE 2010	105
10. SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	106
11. CUMPLIMIENTO LEY 222 DE 1.995	106

ANEXOS



INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010

INTRODUCCIÓN

La plataforma estratégica de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA esta orientada hacia la gestión y prestación de los servicios de salud de bajo nivel de complejidad con una visión de atención primaria en salud con especial énfasis en las actividades encaminadas hacia las acciones de promoción de la salud, la detección temprana y la protección específica para lo cual ha implementado estrategias de búsqueda activa mediante acciones de demanda inducida que le permitan a la entidad tener un verdadero control sobre la situación de salud de la población a su cargo siempre anteponiendo el componente de educación, intervención de factores de riesgo y promoción de factores protectores que favorezcan la prevención antes que la curación.

En forma muy resumida y concreta se establecen los principales resultados alcanzados durante el año 2.010, destacándose un trabajo permanente que permitió alcanzar el equilibrio financiero y que nos obliga a diseñar estrategias que conlleven a la mejora continua en especial en los indicadores financieros y que nos permitan afrontar los cambios originados en la reforma de la seguridad social con la expedición del la Ley 1438 de 2.011.



INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010

1. GESTION ESTRATEGICA

Esta área incluye el análisis de los aspectos de direccionamiento estratégico, la gestión financiera y los sistemas de información y control interno.

1.1. Direccionamiento estratégico

La ESE Carmen Emilia Ospina, tiene definido el plan de desarrollo institucional aprobado por la Junta Directiva mediante Acuerdo No. 09 del 15 de Junio de 2.010 y el plan de acción para vigencia fiscal 2010, aprobado en reunión de Junta Directiva de Junio 15 de 2.010, en el cual se establecieron actividades y metas para ser desarrolladas de acuerdo con los recursos programados en el presupuesto de ingresos y gastos, metas que se han cumplido en el 80% (Se anexa evaluación plan de acción). Dentro de las actividades y metas del direccionamiento estratégico tenemos:

- Estrategia: **Modelo de atención familiar al 20% de las familias de usuarios subsidiados**

Con respecto a esta estrategia, cuyo fin es conocer los núcleos familiares por comuna de origen, determinando los factores de riesgos, enfrentando la enfermedad con acciones específicas y focalizando la población por grupos de atención familiar, se inició con la selección de la muestra tomando la base de datos del SISBEN con corte a septiembre de 2010, la cual contiene 290.966 usuarios y 77.859 familias. Una vez depurada se seleccionaron las familias que pertenecieran al régimen subsidiado y hubiesen sido atendidas en la ESE Carmen Emilia Ospina en el último año; que tuvieran datos esenciales como Barrio,

**INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010**

Dirección, Teléfono. De esta selección la base de datos arroja 103.235 usuarios y 39.261 familias y en forma sistemática y aleatoria se sacó la muestra del 20%, para un total de familias a interventor de 7.853.

Seguidamente se implementó la ficha de identificación o tarjeta familiar que permite la identificación, ubicación, área geográfica, vivienda, número de miembros de la familia, dirección de la vivienda, para luego identificar de estas personas el nombre, sexo, parentesco y escolaridad.

Una vez identificados se procede a realizar la visita domiciliaria. Definida la ficha de identificación se conformó el primer grupo de trabajo para la realización del diagnóstico integral conformado por una Enfermera Jefe, un digitador y 3 auxiliares de enfermería para la aplicación de la encuesta, proceso que se inició en Diciembre y se proyecta terminar en Febrero de 2011.

➤ Estrategia: **Escuelas libres de caries**

Es un programa destinado a mantener los escolares sanos, para lo cual se carnetizan, se les realizan actividades de p y p y de recuperación de la salud, hasta que los escolares se encuentren sanos. Los escolares atendidos en el año 2010, suman 17.106 de los cuales 10.500, es decir el 61% se encuentran sanos.

➤ Estrategia: **Garantizar el 100% de gestión clínica segura**

Dentro de la política de seguridad para garantizar el 100% de la gestión de clínica segura, se decidió replantear la gestión de eventos adversos formalizando dos conceptos, la falla de calidad y el evento adverso como tal; para tal fin se diseñó el formato de reporte con enfoque a la narrativa de los hechos y acciones



INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010

inmediatas realizadas, este formato se envía a Garantía de la Calidad en donde el equipo de auditores de calidad analizan los hechos, revisan los soportes documentales (historia clínica) y concluyen si se trata o no de evento adverso; si se determina como tal, pasa a realizarse análisis con enfoque de protocolo de Londres; este análisis debe concluir con la determinación de evento adverso prevenible o no, y finaliza con las respectivas acciones de mejora que se acuerdan con los líderes de proceso para su posterior seguimiento. En el 2010 se reportó 36 eventos adversos, frente a 74 posibles eventos reportados en el 2009, los cuales fueron analizados en el 100%, en la unidad de análisis y se gestionaron estableciendo planes de mejoramiento.

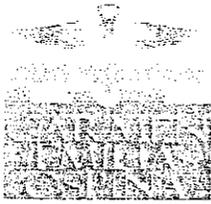
➤ Estrategia: **Ofrecer Servicios complementarios**

La meta para el 2010, fue la de definir los diferentes servicios adicionales que ofertará la ESE, con el fin de ir penetrando mercados nuevos. Para tal efecto se han definido los servicios de Odontología Plus, laboratorio de segundo nivel para lo cual ya se adquirieron los equipos necesarios para su implementación que se proyecta en el primer trimestre del 2011. Otros servicios identificados son la Medicina Alternativa y la Optometría servicios que están siendo evaluados para definir su mercadeo.

➤ Estrategia: **Construcción y dotación de centros de atención amigables y confortables**

❖ Centro de salud integral Materno Infantil CAIMI

La meta propuesta para el 2010, fue la de Asegurar la cofinanciación total del proyecto y construcción de la primera etapa del mismo. Una vez aprobado el



MUNICIPIO DE NEIVA

5

202
183

INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010

proyecto por parte del Ministerio de la Protección Social, se presentó al Fondo Nacional de Regalías para la cofinanciación del proyecto, institución que mediante ACUERDO 030 del 6 de Septiembre de 2.010, aprobó la cofinanciación de \$3.000 millones para la construcción de la primera etapa. En virtud que la ESE no cuenta con la infraestructura administrativa y operativa para la ejecución de este tipo de proyectos, se solicitó el cambio de ejecutor del proyecto a nombre del Municipio de Neiva; igualmente se solicitaron modificaciones arquitectónicas, las cuales fueron aprobadas mediante Resolución 004 del 13 de Diciembre de 2.010, por parte del Fondo Nacional de Regalías. Se expidió licencia de construcción No. 10/20-331 de Noviembre 10 de 2.010, por parte de la Curaduría segunda urbana de Neiva. El proyecto fue remitido al Municipio de Neiva, para iniciar los procesos contractuales respectivos.

❖ Construcción Centro de Salud de la Comuna 6

La meta establecida para el 2.010 fue Elaboración de diseños, presupuestos, proyecto y aprobación ante el Ministerio de la protección social. Los diseños y presupuesto del proyecto fueron contratados por la ESE. El proyecto recibió viabilidad de la Secretaría de Salud Departamental y fue radicado ante el Ministerio de la protección social con oficio 975 del 3 de Diciembre de 2.010 y ante la curaduria segunda de Neiva, con radicación 41001-2-10-0330 del 29 de Noviembre de 2.010. Los diseños fueron entregados en fecha 3 de Diciembre de 2.010, con oficio ESE CEO G-971, a la Secretaria de Salud Municipal para que se entregue al Departamento para su financiación.



INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010

❖ Terminación y Puesta en funcionamiento centro de salud IPC

La Etapa de urgencias se realizó licitación pública, se construyó, se recibió en su totalidad y se encuentra en funcionamiento.

➤ Estrategia: **Fidelizar los usuarios a la ESE**

Dentro de la estrategia de fidelización de los usuarios, la ESE se ha propuesto el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios, para lo cual es de vital importancia el seguimiento a los indicadores de calidad definidos en la Circular 30 de la Superintendencia de Salud, los cuales nos han permitido efectuar planes de mejoramiento continuo. De igual manera se realizó un trabajo de empoderamiento de los líderes comunitarios y veedores como multiplicadores del conocimiento frente a los servicios y funcionamiento de la ESE y la pertenencia del usuario con la empresa y defensa de la misma.

➤ Estrategia: **Implementación del sistema de costos**

Se contrató un profesional para costos, se estructuró la oficina, se definieron costos por unidades funcionales. Para el 2.011, se proyecta contar con costos por unidades producidas.

➤ Estrategia: **Lograr el equilibrio financiero de la empresa**

Una de las estrategias principales para el año 2.010, definidas en el plan de desarrollo, era lograr el equilibrio financiero de la Empresa, toda vez, que en el 2009 la Empresa presentó un resultado negativo de 1494 millones de pesos. Para

**INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010**

tal efecto se realizaron las siguientes actividades: Circular 111 de fecha 28 DE Octubre de 2-010, donde se solicita a todo nivel austeridad en el gasto; se efectuaron los ajustes de honorarios y se definió nueva escala para la contratación de personal; el presupuesto se ajustó en forma global y se logró equilibrar el presupuesto entre ingresos y gastos; mediante Resoluciones No. 064 Y 066 del 5 de Mayo de 2.010, se crearon los comités de compras, contratación y activos fijos, los cuales vienen operando; se revisó y ajustó los contratos de compra de insumos en busca de mejores tarifas.

Todas estas actividades en su conjunto permitieron lograr el equilibrio financiero y generar excedentes en la presente vigencia fiscal.

➤ **Estrategia: Fortalecimiento del talento humano**

Una de las estrategias principales es el fortalecimiento del talento humano. Dentro de las actividades principales tenemos:

- La implementación del proceso de selección de personal basado en perfiles, con la aplicación de exámenes de conocimientos y de aptitud psicológica
- El rediseño de los proceso de inducción y reinducción con la participación de 242 personas
- La implementación y ejecución del plan de capacitación, bienestar social e incentivos.



199
106

INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010

➤ Estrategia: **Lograr la participación ciudadana en el desarrollo y gestión empresarial**

Para fortalecer los espacios de participación social y comunitaria a través de la Asociación de Usuarios, Alianza de Usuarios, Veedores en Salud, Juntas de Acción Comunal, Ediles y Organizaciones Comunitarias, la Empresa a través de la Dependencia de Atención al Usuario, realizó 22 actividades de capacitación en diferentes temas de interés:

- Derechos y deberes,
- Funciones del SIAU,
- Portafolio de servicios,
- Mecanismo de participación comunitaria,
- Prevención del dengue,
- Uso de los servicios de promoción y prevención en la salud,
- Servicio de ambulancia APH
- Suscripción de convenios con las EPS-S
- Proceso de prestación de servicios de salud
- Educación sexual y reproductiva

Con la participación de la comunidad en general se realizaron brigadas de aseo y talleres en las diferentes comunas.

➤ Estrategia: **Implementar el sistema de archivo de gestión documental**

Como estrategia y de acuerdo con la ley 594 de 2.000, la ESE ha iniciado el proceso de mejoramiento del sistema de archivo de gestión documental, para lo

778
197

INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010

cual podemos mencionar las siguientes actividades:

- Depuración y selección de 65.027 carpetas de historias clínicas físicas las cuales 21.325 son para el archivo de gestión y 43.702 para el archivo central;
- Organización de los archivos de gestión por cada dependencia de conformidad con el Acuerdo 42 de 2002;
- Actualización de las tablas de retención documental en un 90%

1.2. Gestión financiera y presupuestal

1.2.1 Gestión financiera

Los Estados Financieros con corte a 31 de diciembre de 2010, presentan un comportamiento muy favorable después de haber superado los resultados negativos de la vigencia anterior, y aunque los ingresos no fueron los esperados toda vez que no se pudo contratar con Caprecom, se logró al final del ejercicio obtener una utilidad que durante toda la vigencia permaneció cerca del punto de equilibrio. El hecho más sobresaliente de la presente vigencia es el cambio de ejecutor del proyecto Caimi que automáticamente nos obligó a reversar el valor de los aportes recibidos del Municipio de Neiva y provisionar los recursos para ser devueltos en su totalidad.

SOLVENCIA FINANCIERA

Los activos totales a 31 de diciembre de 2010, alcanzaron los \$22.477.6 millones, con una variación del 29.0% respecto al 31 de diciembre de 2009, es importante resaltar que en este valor se encuentra la suma de \$3.426.2 millones equivalentes

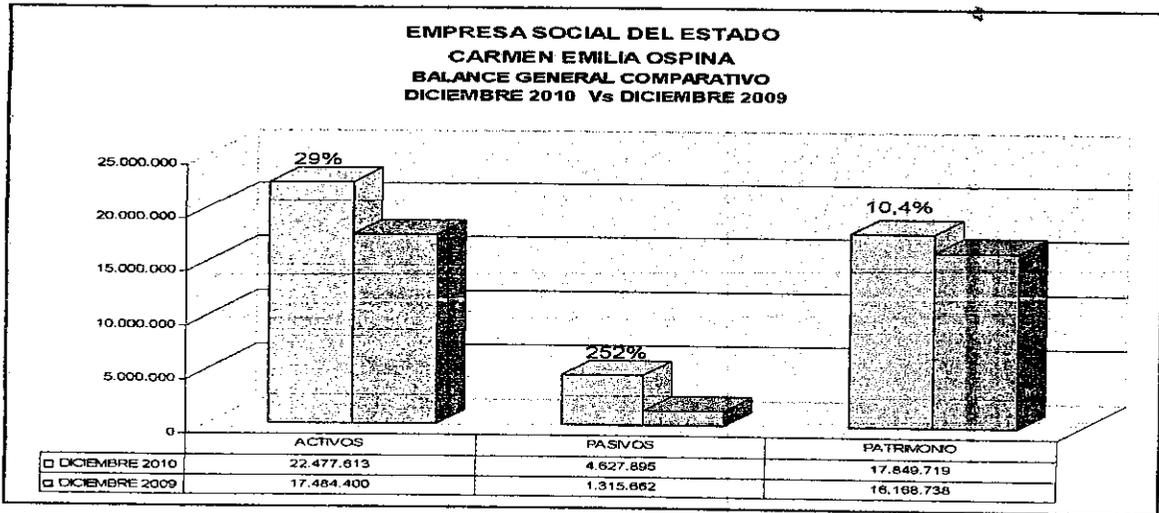


197
188

INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010

al CDT con los recursos del Municipio de Neiva que van a ser devueltos una vez se cumpla el termino para su redención que es enero 17 de 2011. Sin tener en cuenta estos recursos el incremento del activo total es del 9.0%. Por su parte, los pasivos alcanzaron los \$ 4.627.9 millones, presentando un incremento del 252% como resultado de la provisión del aporte del Municipio por valor de \$3.425.3 millones, mas los rendimientos, sin los cuales los pasivos totales presentan una disminución del -8.7% frente a los pasivos del año 2009.

Como consecuencia de lo anterior, el patrimonio de la empresa pasó de \$16.897.8 millones a \$17.849.7 millones, mostrando un incremento del 10.4%. En la siguiente grafica podemos observar la estructura financiera de la ESE con corte a diciembre de 2010 comparada con diciembre de 2009.



Fuente: Oficina Financiera ESE

LIQUIDEZ

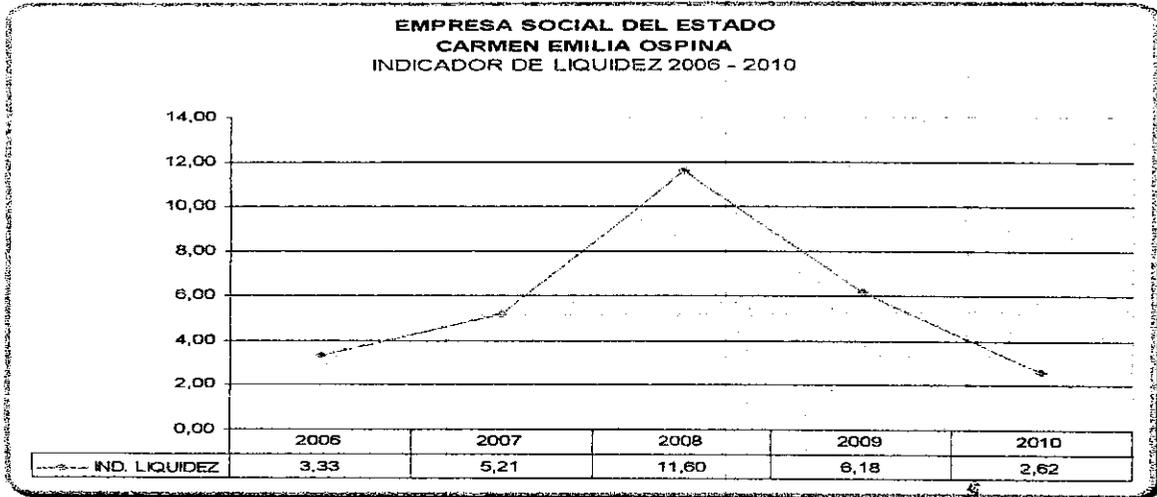
La razón de liquidez que establece la capacidad de responder por las obligaciones contraídas por la entidad pasó del 6.18 en diciembre de 2009 al 2.62 en diciembre



796
189

INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010

de 2010 como consecuencia del incremento de los pasivos por la provisión de los aportes del Municipio de Neiva,



Fuente: Oficina Financiera ESE

Teniendo en cuenta que los recursos por los aportes recibidos del Municipio de Neiva para el desarrollo del proyecto CAIMI, la ESE los tenía en los activos corrientes y que al momento del cambio de ejecutor estos recursos que se habían registrado inicialmente como un ingreso por aportes municipales debieron ser reclasificado al pasivo corriente, afectó directamente el indicador de LIQUIDEZ toda vez que el crecimiento del pasivo corriente es del 251.8% mientras que el crecimiento del activo corriente es apenas del 35.3% debido a las cifras que se manejan en cada grupo.

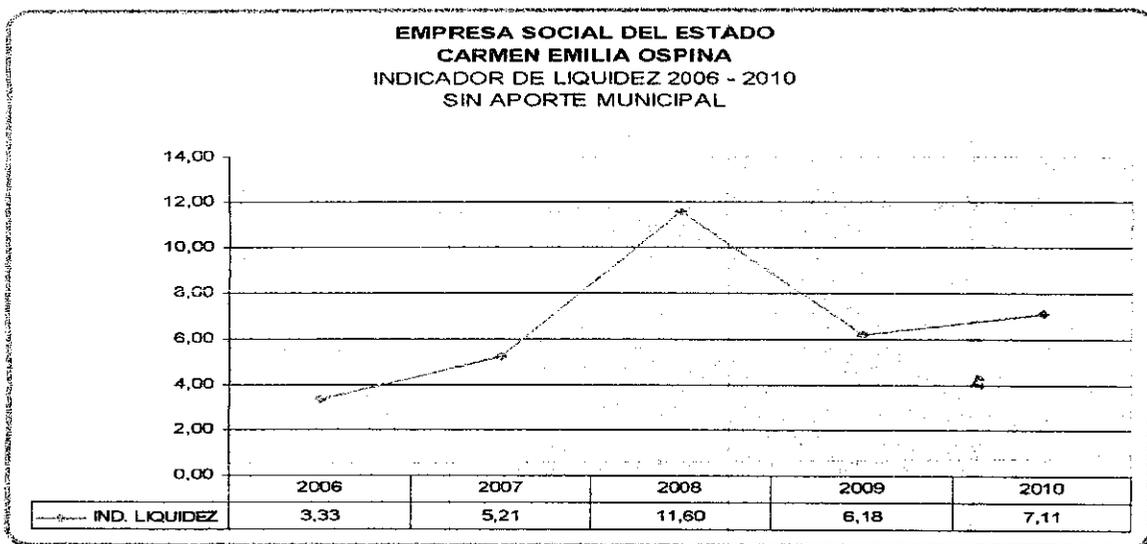
En este orden de ideas, sin tener en cuenta el aporte del municipio la operación es la siguiente: Total activos corrientes \$8.542.629.451.94 sobre total pasivos corrientes \$1.201.749.654.71, resultado 7.11

795
190

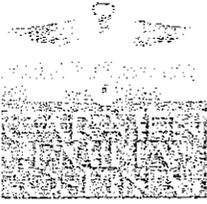
MUNICIPIO DE NEIVA

INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010

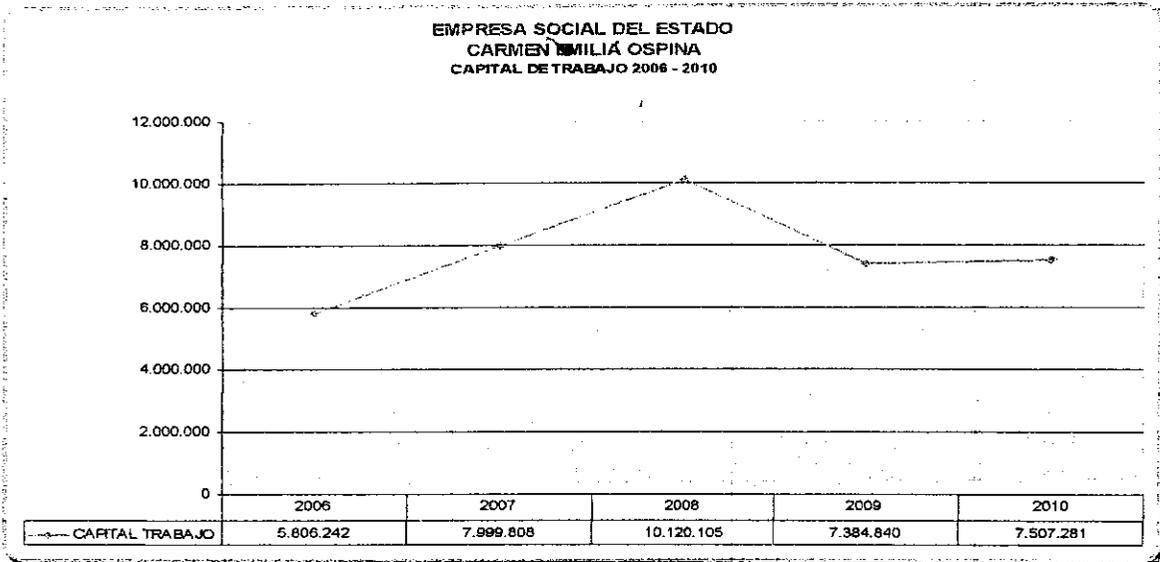
Actualmente el 2.59 corresponde a la siguiente operación: Valores del Balance General tal y como están en la contabilidad, activos corrientes \$11.968.841.951.94 sobre total pasivos corrientes \$4.627.962.154.71. En este orden de ideas el indicador de liquidez de la Empresa sin el aporte municipal, es de 7,11 como se grafica a continuación.

**CAPITAL DE TRABAJO**

El capital de trabajo se ha sostenido durante la vigencia 2010, alcanzando los \$7.507.2 millones \$122.4 millones más que en el año 2009. La inversión temporal por valor de \$3.426.2 millones no afecta el capital de trabajo toda vez que este mismo valor se encuentra registrado en el pasivo corriente disponible para ser devuelto al Municipio de Neiva.

494
191

MUNICIPIO DE NETIVA

INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010

Fuente: Oficina Financiera ESE

RENTABILIDAD FINANCIERA

A diciembre de 2010, la ESE Carmen Emilia Ospina presenta una utilidad de \$34.0 millones, superando los resultados de la vigencia 2009 en un 102.3%.

La venta de servicios alcanzo los \$20.099.6 millones, \$3.443.1 millones menos que la vigencia 2009, que fueron de \$23.542.7 millones, afectada directamente por la imposibilidad de la contratación con Caprecom en la presente vigencia.

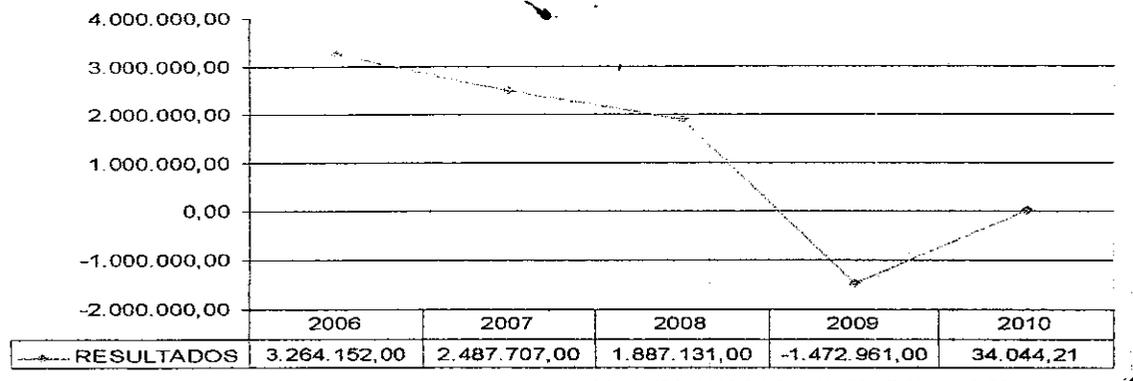
193
192



MUNICIPIO DE NUEVA

INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
COMPORTAMIENTO DE RESULTADOS 2006 - 2010



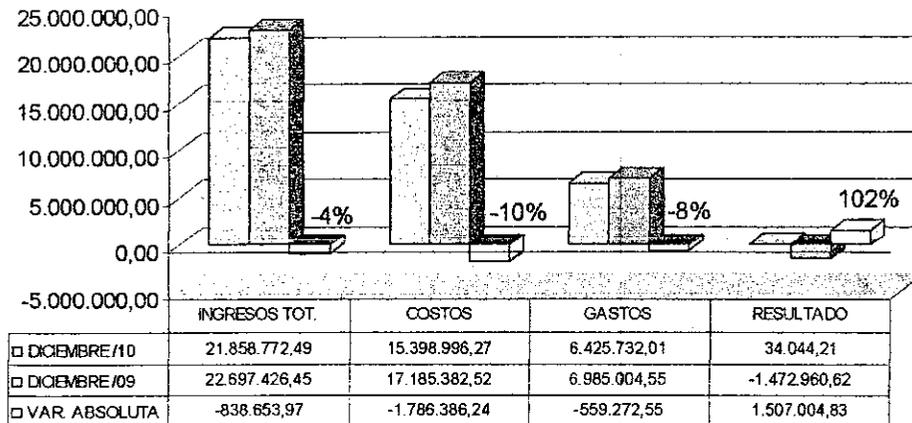
Fuente: Oficina Financiera ESE

Los costos y gastos del periodo presentan una disminuci3n del 10.7% (\$2.345.6) millones, pasando de \$24.170.3 millones en el 2009 a \$21.824.7 millones en el 2010, en donde los costos se disminuyeron en \$1.786.3 millones es decir un 10.4%, los gastos administrativos se disminuyeron en \$269.2 millones 8.0%, y los gastos generales se disminuyeron en \$676.9 millones que equivalen al 20.9%. Sin embargo la disminuci3n de los costos y gastos no super3 la disminuci3n de los ingresos present3ndose una perdida operacional (\$1.009.2) millones, la cual es adsorbida por el margen de contrataci3n.

192
193

MUNICIPIO DE NETIVA

INFORME DE GESTION VIGENCIA FISCAL 2010

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
ESTADO DE ACTIVIDAD FINANCIERA ECONOMICA SOCIAL Y AMBIENTAL
DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2010 Vs 2009

Fuente: Oficina Financiera ESE

CARTERA

Durante la vigencia 2010 se presentaron algunas dificultades con el flujo de recursos del régimen subsidiado lo cual impidió reducir la cartera frente al saldo de la vigencia 2009 que fue de \$7.013.3 millones, quedando a diciembre de 2010 en \$7.290.9 millones, es decir \$277.6 millones más. Sin embargo en la tesorería municipal reposa el pago del bimestre diciembre 2010 enero de 2011 que debió haber ingresado a la ESE en el mes de diciembre y que hubiera disminuido la cartera en más de mil millones de pesos.