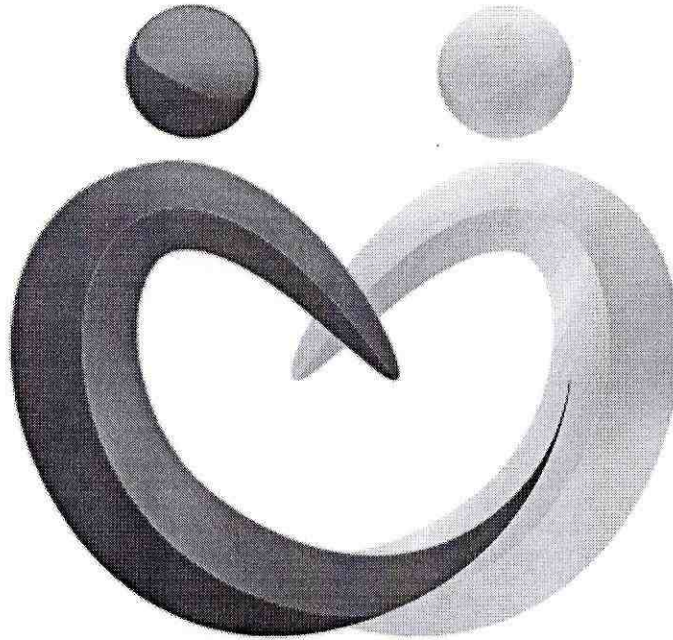


LAN DE DESARROLLO 2016 - 2020




CÓDIGO: DI-PG-00#	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 25-01-2016	Versión: 3	Página 1 de 40
----------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	------------	----------------



HOSPITAL  
**Federico Lleras Acosta**  
Ibagué - Tolima  
E.S.E.

<p>Elaboró:</p> <p>firma: </p> <p>Nombre: JOHN ALBERTO LEGUIZAMO T. Cargo: Jefe Oficina de Planeación y Calidad</p>	<p>Revisó:</p> <p>firma: </p> <p>Nombre: JOHN ALBERTO LEGUIZAMO T. cargo: Jefe Oficina de Planeación y Calidad</p>	<p>Aprobó:</p> <p>firma: </p> <p>nombre: ALFREDO JULIO BERNAL CAÑON cargo: Agente Especial Interventor</p>
---	--	--

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>				 <small>HOSPITAL</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>HOSPITAL</small>
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5      Página 2 de 40	

**PLAN DE DESARROLLO 2016-2020**

**EQUIPO DIRECTIVO HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E DE IBAGUÉ -  
TOLIMA**

**ALFREDO JULIO BERNAL CAÑÓN**  
Agente Especial Interventor

**CLAUDIA ECHEVERRY ERK**  
Subgerente Científica


**JOHN LEGUIZAMO TRIANA**  
Jefe Oficina de Planeación y Calidad

**ESTELA AREIZA FRANCO**  
Jefe Oficina de Control Interno

**MARIA FERNANDA MORENO PEREZ**  
Asesora Jurídica Externa

**SANDRA MILENA JARAMILLO AYALA**  
Asesora Externa


4

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 3 de 40	

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. OBJETIVOS .....	5
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	5
4. RESPONSABLE .....	5
5. DEFINICIONES.....	5
7. LINEAMIENTOS Y FUNDAMENTOS DEL PLAN .....	11
7.2. FUNDAMENTOS JURÍDICOS.....	11
7.3. CONTEXTOS NACIONAL Y DEPARTAMENTAL .....	13
8. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO .....	15
8.1. MISIÓN.....	15
8.2. VISIÓN .....	15
8.3. PRINCIPIOS.....	15
8.4. VALORES.....	16
8.5. POLÍTICAS INSTITUCIONALES .....	17
□ <i>POLÍTICA DE COMUNICACIONES E INFORMACIÓN:</i> .....	20
8.6. LINEAS ESTRATEGICOS.....	23
9. MAPA ESTRATÉGICO .....	25
9.1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS .....	26
10. EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN .....	37
10.1. EJECUCIÓN DEL PLAN DEL DESARROLLO .....	37
10.2. SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.....	37
10.3. ANALISIS DE RESULTADOS Y DESVIACIONES.....	38
10.4. IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO.....	38
10.5. EVALUACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO.....	39
10.6. SOCIALIZACIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y EL PLAN DE DESARROLLO.....	39
11. BIBLIOGRAFÍA.....	39
12. CONTROL DE REGISTROS .....	40
13. CONTROL DE CAMBIOS .....	40

4

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 4 de 40	


## 1. INTRODUCCIÓN

Este documento presenta el plan de desarrollo del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., orientado al cumplimiento de la visión definida para el año 2020, estableciendo las directrices bajo las cuales se desarrollaran las funciones misionales, este plan fue presentado para su aprobación al Comité Directivo del Hospital y al Agente Especial Interventor.

El Plan se elaboró a partir de la definición de la Plataforma estratégica y de las líneas estratégicas, desagregando una serie de metas para el periodo completo que se pueden medir en avances anuales.

La metodología empleada para la elaboración del Plan de Acción, parte de una elaboración de metas por parte de los Directivos de la Institución que orienta y delimita los alcances del Plan y una posterior consulta y debate con los colaboradores de cada área, para ajustar las metas.

El plan de desarrollo, con todos sus elementos, se constituye en el referente básico y primordial para la elaboración de los diversos planes a todos los niveles de la Entidad, en especial los planes operativos anuales (POA), al igual que se enmarca en los Planes de Desarrollo Nacional y Departamental.

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					 <small>HOSPITAL</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>IBAGUÉ - TOLIMA</small>
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 5 de 40	

## 2. OBJETIVOS

No aplica

## 3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Aplica a la formulación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima E.S.E.

## 4. RESPONSABLE

El responsable de la ejecución de éste Plan de desarrollo es del Gerente o quien haga sus veces.

## 5. DEFINICIONES

### **GRUPOS DE INTERES PARA EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E. DE IBAGUE – TOLIMA**

#### **Definición:**

Son todos los grupos que se afectan directa o indirectamente por el desarrollo de las actividades del Hospital y por lo tanto tienen la capacidad de afectar directa o indirectamente el desarrollo de estas actividades.


El identificar los grupos de interés, así como las necesidades y expectativas, es necesario para proyectar al Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. de Ibagué – Tolima como una empresa socialmente responsable, que propende por el bienestar de sus grupos de interés

#### **Necesidades de los grupos de Interés:**

Necesidades de los usuarios (paciente) y familia

- **Accesibilidad:** Con procesos que faciliten el ingreso de los usuarios a los servicios de salud que demanda.
- **Atención Segura:** Ejecución de prácticas seguras basadas en la evidencia científica, que minimicen los riesgos, evitando los eventos adversos y potenciando los resultados de salud.

4

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 6 de 40	


- **Atención humanizada:** A recibir trato digno y respetuoso, como un ser humano integral con necesidades físicas, mentales, espirituales y emocionales.
- **Oportunidad:** Prestación de los servicios de salud en un tiempo prudencial conforme a las necesidades y expectativas de los usuarios, evitando riesgos derivados de la no atención requerida en el momento oportuno.
- **Información:** el usuario y su familia requieren conocer el diagnóstico, complicaciones, tratamiento y plan terapéutico, generando adherencia al tratamiento

### **Necesidades del Talento Humano de la Institución**

- **Capacitación y Formación continuada:** Brindado herramientas al talento humano para mejorar el desempeño de los procesos que respondan a las necesidades y expectativas de los usuarios.
- **Participación en los procesos de la organización:** Mediante acciones de empoderamiento que permitan al talento humano mediante sugerencias y aportes participar en la construcción del futuro de la organización.
- **Estabilidad:** Permanencia en los procesos del Hospital soportado en la competencia y buen desempeño.
- **Remuneración:** Garantía de una remuneración económica justa y oportuna que le permita satisfacer sus necesidades a nivel físico.
- **Seguridad:** Mediante espacios seguros para el desarrollo de sus actividades en condiciones dignas.
- **Respeto y reconocimiento:** Reconocimiento del otro como un ser humano integral y valioso para la organización. Desarrollo de acciones para resaltar y premiar el buen desempeño del trabajador

### **Necesidades de los Proveedores**

- **Transparencia:** Proceso contractuales éticas y justas, acordes a la Ley que permitan la selección objetiva de los oferentes.
- **Oportunidad en el pago:** Cumplir con las condiciones pactadas en el acuerdo de voluntades para la contraprestación económica una vez se cumpla con las condiciones de contraprestación con la entidad
- **Relaciones contractuales equilibradas:** Mantener una relación de gana gana entre el proveedor y la Institución, basada en que los pactos o

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					 <small>HOSPITAL</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>1947 - 2016</small>
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 7 de 40	


acuerdos tengan en cuenta las necesidades de las partes y respeten los términos establecidos.

**Necesidades de la Instituciones Formadoras de Talento Humano:**

Garantizar convenios entre el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. de Ibagué – Tolima y las Instituciones formadoras de talento humano que sean claros, promoviendo la seguridad y relaciones beneficiosas para las partes.

**Necesidades de la comunidad y el medio ambiente**

La comunidad requiere que los procesos que adelante la organización para la prestación de los servicios de salud sean eficientes, seguros y respetuosos con el medio ambiente, propendiendo a la menor afectación.


<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 8 de 40	

## 6. MARCO LEGAL APLICABLE AL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

- Por medio del artículo 194 de la Ley 100 de 1993 se da vida jurídica a las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos según el caso.
- En el artículo 195 se establece el régimen jurídico de las Empresas Sociales del Estado, cuyo objeto exclusivo es la prestación de servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del Servicio Público de Seguridad Social.
- La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha explicado respecto del régimen y naturaleza de las Empresas Sociales del Estado que *(i) la ley 100 de 1993 creó el sistema de seguridad social y definió en el artículo 194 la naturaleza de las Empresas Sociales del Estado; (ii) que el objeto de estas Empresas es la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado, o como parte del servicio público de seguridad social; (iii) que estas Empresas constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada creada por el Legislador en virtud de las facultades que le confiere el artículo 150, numeral 7; (iv) que son entes que no pueden confundirse y se diferencian claramente de los establecimientos públicos, ya que la Ley 489 de 1998, al definir en el artículo 38 la integración de la rama ejecutiva del poder público, incluyó dentro de ésta a las Empresas Sociales del Estado, reconociéndoles una categoría diferente a la de los establecimientos públicos; (v) que estas Empresas como nueva categoría de entidades descentralizadas y concebidas con un objeto específico definido por la propia ley, de conformidad con los propósitos constitucionales que mediante su existencia persigue el Legislador, se rigen por unas reglas y una normatividad especial; (vi) que la Ley señala que estas entidades descentralizadas son creadas por la Nación o por las entidades territoriales para la prestación de servicios de salud, en forma directa; y (vii) que es al Legislador a quien corresponde su creación, por la propia naturaleza de creación legal de estas entidades, y que igualmente se encuentra facultado ampliamente para determinar su estructura orgánica. Sobre la naturaleza de las Empresas Sociales del Estado, la jurisprudencia constitucional ha sintetizado que éstas “son una nueva categoría dentro del catálogo de entidades administrativas del orden descentralizado, que tienen naturaleza, características y especificidades propias, lo cual impide confundirlas con otro tipo de entidades públicas”. Así mismo, ha explicado la naturaleza jurídica particular, la regulación especial y la competencia en cabeza del Legislador para determinar la estructura orgánica de estas entidades, en razón a que “las empresas sociales del Estado tienen una naturaleza jurídica diversa de la que corresponde a los establecimientos públicos, y su función primordial, a*


4



<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					 <small>HOSPITAL</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>1938 - 2014</small>
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 9 de 40	

*diferencia de éstos, no consiste en el cumplimiento de tareas administrativas en un sentido general, sino que radica ante todo en la atención de salud. Por ello, las disposiciones que las rigen son también distintas y, en el caso de las empresas sociales, que por su naturaleza de entidades descentralizadas públicas debían ser creadas por ley, como en efecto lo fueron, el legislador estaba facultado para establecer su estructura orgánica". (Sentencia C-171/12)*


- En el artículo 83 de la Ley 489 de 1998 se reitera que las Empresas Sociales del Estado se sujetan al régimen previsto en la Ley 100 de 1993, la Ley 344 de 1996 por la cual se dictan normas tendientes a racionalizar el gasto público y en la Ley 489 por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, en los aspectos no regulados por dichas leyes y las normas que las complementen, sustituyan o adicionen.
- Mediante la Ordenanza 086 de 1994, "se reestructura el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA de IBAGUE Tolima, nivel III, y se transforma en una EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL ORDEN DEPARTAMENTAL", el cual constituye una categoría especial de entidad pública descentralizada del nivel departamental, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de la Protección Social.
- En materia presupuestal la Empresa se rige por lo establecido en el Decreto 115 de 1996 y lo que no esté presto en el Decreto 111 de 1996.
- En materia de contratación la Empresa se rige por el Derecho privado, de conformidad a lo preceptuado en el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993 pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública (Ley 80 de 1993). Adicionalmente la Empresa tiene el Estatuto de Contratación aprobado por el Agente Especial Interventor mediante la Resolución No.8145 del 01 de octubre de 2014.
- Que el artículo 59 de la Ley 1438 de 2011, establece que las Empresas Sociales del Estado pueden tercerizar sus servicios Misionales.
- Partiendo de la intervención del Hospital Federico Lleras Acosta, en cuanto a la intervención del Estado como una de sus potestades o privilegios, se debe observar lo regulado por las leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, las cuales asignan a la Superintendencia Nacional de Salud una serie de funciones y facultades, entre otras la potestad de intervención forzosa administrativa para administrar, siendo este un proceso ordenado por la Superintendencia Nacional de Salud a una entidad vigilada, el cual tiene por objeto el salvamento de la entidad, si es posible colocarla en condiciones de desarrollar

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					 <small>INSTITUTO</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>1947 - 2001</small>
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 10 de 40	

adecuadamente su objeto social, o establecer si la entidad debe ser objeto de liquidación. Este proceso es adelantado por un agente Interventor designado por esta Superintendencia

- Es así como el marco normativo parte de la ley 100 de 1993 y ley 715 de 2001, que establecen las facultades de la Superintendencia Nacional de Salud, para ordenar la intervención a las instituciones prestadores de servicios de salud; de igual forma el artículo 1 del decreto 1015 de 2002, adicionado por el decreto 736 de 2005, establece que el procedimiento aplicable al ejercicio por parte de Supersalud de las intervención forzosa administrativa será el previsto en el artículo 116 del Decreto ley 663 de 1993, modificado por el artículo 22 de la ley 510 de 1999 y demás disposiciones que lo modifican y desarrollan.

4

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 11 de 40	

## 7. LINEAMIENTOS Y FUNDAMENTOS DEL PLAN


### 7.2. FUNDAMENTOS JURÍDICOS

La Constitución Política exige a las entidades territoriales, elaborar un Plan de Desarrollo, conformado por los planes operativos y de inversiones.

El artículo 24 del Decreto No.1876 de 1994 establece la obligatoriedad de la elaboración del Plan de Desarrollo Hospitalario. Las Ordenanzas No. 086 de 1994 y No. 007 de 1995 transforman el Hospital en Empresa Social del Estado; con la transformación se le asigna al Gerente como parte de las funciones, la presentación del Plan ante la Junta Directiva para su aprobación.


La conformación del Plan de Desarrollo de la E.S.E. se fundamenta en el Artículo 399 de la Constitución Política de Colombia de 1991 y de la Ley 152 de 1.994 y aplican además las siguientes normas generales y sectoriales:

- LEY 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral”.
- DECRETO 1876 DE 1994. “**por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado**”.
- CONPES SOCIAL 91 DE 2005. “Objetivos del Estado Colombiano frente al logro de los objetivos del milenio.”
- DECRETO 1011 DE 2006. “**por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud**”.
- LEY 1122 DE 2007. “Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones.”
- RESOLUCION 2181 DE 2008. “Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público.”
- CONPES SOCIAL 140 de 2011: “Modificación a CONPES Social 91 del 14 de junio de 2005”
- CONPES SOCIAL 3712 DE 2011. “Plan de financiación para la sostenibilidad de la Ley 1448 de 2011.”
- LEY 1438 DE 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”
- LEY 1474 DE 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.”

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					 <small>HOSPITAL</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>1958</small>
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 12 de 40	

- DECRETO 19 DE 2012: “Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.”
- RESOLUCION 123 DE 2012: “Establece el manual de acreditación para IPS hospitalarias y ambulatorias de Colombia.”
- RESOLUCIÓN 2003 DE 2014: define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Así mismo, adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud
- DECRETO 943 DE 2014: Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)
- RESOLUCIÓN 001690 DE 2014: Por la cual se ordenó la toma de posesión inmediata e intervención forzosa administrativa para administrar de la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
- LEY 1751 DE 2015: “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”
- LEY 1753 DE 2015 PLAN DE DESARROLLO NACIONAL 2.014 – 2.018 “TODOS POR UN NUEVO PAÍS.”
- RESOLUCIÓN 001640 DE 2015: Por la cual se prorrogó un año la intervención forzosa administrativa para administrar la E.S.E.

2

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>				
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	

### 7.3. CONTEXTOS NACIONAL Y DEPARTAMENTAL

La Ley 152 de 1994 establece la Ley Orgánica de Plan de Desarrollo, El Plan de Desarrollo Nacional para la vigencia 2014 – 2018 **“Todos por un nuevo País”**, aprobado mediante Ley 1753 de 2015, plantea las directrices sobre los diferentes temas en los cuales el Gobierno Nacional centrará sus acciones, por lo cual las mismas se acogerán por el Hospital. (República de Colombia. Departamenta Nacional de Planeación, 2015)


La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud del Ministerio de la Protección Social<sup>1</sup> (en su momento), define los lineamientos a mediano y largo plazo del sector, se centra en tres objetivos, como son: Mejorar el acceso a los servicios de salud, Mejorar la calidad de la atención y Generar eficiencia en la prestación de servicios de salud y lograr la sostenibilidad financiera de las IPS públicas. El propósito de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población.

La ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reformó el sistema general de Seguridad social en salud, estableció diferentes aspectos relacionados con las Empresas Sociales del Estado, como:

- Se reitera que las Entidades Promotoras de Salud pagarán los servicios a los prestadores de servidos de salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes Que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007. El no pago dentro de los plazos causará intereses moratorios a la tasa establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN). Con lo anterior se espera que se mejore el flujo de recursos hacia las IPS, al igual que el mecanismo que se establece para el trámite de las glosas.
- Permitir la asociación de las Empresas Sociales del Estado para realizar compras con el propósito de mejorar la eficiencia y transparencia, beneficiando a las entidades con economías de escala, calidad y oportunidad, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.
- El establecimiento del nivel de riesgo de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros. De conformidad con este nivel de riesgo las IPS clasificadas en nivel riesgo medio o alto, adoptarán un programa


<sup>1</sup> Documento de consulta página del Ministerio de la Protección Social

28

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					 <small>MINISTERIO DE SALUD</small> <small>Federico Urdarraz Acosta</small> <small>1911-1981</small>
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 14 de 40	

de saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud en las condiciones que determine el Ministerio de la Protección Social. El Incumplimiento del programa de saneamiento ocasionara medidas como: Acuerdos de reestructuración de pasivos, Intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, liquidación o supresión, o fusión de la entidad.

- Se crean las redes Territoriales de prestación de servicio de salud, para el rediseño, modernización y reorganización de los Hospitales, mediante convenios de desempeño con las instituciones hospitalarias, lo anterior articulado desde las Direcciones Territoriales de Salud.
- El Gobierno Nacional establecerá un Programa de Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado. Para tal fin podrá constituir un fondo con recursos del Presupuesto Nacional que permita desarrollar un Plan de Inversiones para fortalecer su capacidad instalada y modernizar su gestión con énfasis en el primero y segundo nivel de atención.
- Con referencia al personal misional permanente de las Instituciones públicas Prestadoras de Salud no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral, o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigente.

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					 <small>EN INSTITUTO</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>HOSPITAL</small>
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 15 de 40	

## 8. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

El Direccionamiento Estratégico son los postulados que plasman los principales aspectos de la estrategia de una organización.

### 8.1. MISIÓN

Nuestra **misión** es:

***“Somos una Empresa Social del Estado, centro de referencia de la red pública del Departamento del Tolima, que presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, comprometidos con la docencia e investigación y la satisfacción de nuestros usuarios, su familia y grupo de interés a través de la mejora continua, atención humanizada, principios éticos y el fomento de la participación social”.***


### 8.2. VISIÓN

Nuestra **visión** es:

**“EI HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, para el año 2020 será un hospital auto sostenible, líder en el Centro Sur del país en la oferta de servicios de alta complejidad de forma segura y humanizada, a través de un equipo humano comprometido y calificado, utilizando tecnología avanzada; referentes en Docencia, Investigación e Innovación en salud, con un sistema de gestión integral implementado, comprometidos con el medio ambiente, la competitividad del Departamento del Tolima y la responsabilidad social”.**

### 8.3. PRINCIPIOS

Los principios éticos del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. de Ibagué – Tolima, fueron adoptados mediante la Resolución 4354 de 2015 aprobada por el Agente Especial Interventor.

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 16 de 40	

Los principios éticos institucionales son las normas internas y creencias básicas, sobre las formas correctas como debemos relacionarnos con los otros y con el mundo, desde las cuales se erige el sistema de valores al cual la persona o los grupos se adscriben. Dichas creencias se presentan como postulados que el individuo y/o el colectivo asumen como las normas rectoras que orientan sus actuaciones y que no son susceptibles de transgresión o de negociación.

El hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E., adopta los siguientes principios, sin perjuicio de la aplicación de los demás que se declaren universalmente:

- **Hacer el bien:** Obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y su familia, la comunidad, el trabajador y grupos de interés, procurando el bienestar de la persona.
- **Justicia:** Garantizar a cada quien lo que requiere, manteniendo la equidad y actuando con objetividad, rectitud y sin prevención a favor o en contra de personas o situaciones.
- **Respeto a la dignidad humana:** Valorar o cualificar a la persona como ser humano y como un fin en sí mismo.
- **Eficiencia:** Optimizar el uso de los recursos en cumplimiento de los objetivos institucionales, siendo oportunos en el desarrollo de los procesos.
- **Responsabilidad social:** Compromiso, obligación y deber que poseen los individuos o miembros de una sociedad o empresa, de contribuir para una sociedad más justa y por proteger el ambiente.

#### 8.4. VALORES


Los conceptos y los valores de este Código, fueron adoptados la Resolución 4354 de 2015 aprobada por el Agente Especial Interventor

Los valores se conciben como las formas de ser y de actuar de las personas que son altamente deseables como atributos o cualidades, por cuanto posibilitan la construcción de una convivencia gratificante en el marco de la dignidad humana. En el desarrollo de los procesos y actuaciones se tendrán como referentes los siguientes Valores Institucionales:

- **Responsabilidad:** Cumplir de manera oportuna y eficaz con las obligaciones, orientando las actuaciones al desarrollo de la misión institucional.

9




<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>				
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5 Página 17 de 40	

- **Solidaridad:** Sentir como propias las necesidades e intereses de los demás, y actuar en consecuencia con ello dentro del alcance de las posibilidades personales e institucionales.
- **Respeto:** Valorar a las personas y reconocer sus derechos, aceptando sus diferencias y otorgando un trato amable y cortés.
- **Honestidad:** Actuar con rectitud, transparencia y veracidad en todos y cada uno de los actos de la vida y proceder de acuerdo con los valores, principios y reglas establecidos.
- **Prudencia:** Guardar ecuanimidad y cordura, previendo los riesgos y consecuencias en cada una de las actuaciones y manteniendo la confidencialidad en el manejo de la información y comunicación.

## 8.5. POLÍTICAS INSTITUCIONALES

- **POLÍTICA DE GESTIÓN MISIONAL Y DE GOBIERNO:**  
El Hospital Federico Lleras Acosta, está orientado al logro de las metas establecidas, para el cumplimiento de su misión y de las prioridades que el Gobierno defina. (Decreto 2482 de 2012 "por el cual se establecen los lineamientos generales para la integración de la planeación y la gestión).
- **POLÍTICA DE TRANSPARENCIA:**  
Toda la información en poder de la entidad pública que no esté sujeta a restricciones legales de confidencialidad, se presume pública. En consecuencia, el hospital está en el deber de proporcionar y facilitar el acceso a la misma, a las partes interesadas, en los términos más amplios posibles y a través de los medios y procedimientos que al efecto establezca la ley, excluyendo solo aquello que este sujeto a las excepciones constitucionales y legales. Se propiciará el acceso de la ciudadanía a la información, a los trámites y servicios, para una atención oportuna y efectiva. (Adaptado de Ley 1712 de 2014, Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de acceso a la información pública Nacional y del Decreto 2482 de 2012, por el cual se establecen los lineamientos generales para la integración de la planeación y la gestión).
- **POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL:**  
El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., se orienta hacia el bienestar social de la comunidad en todas sus actuaciones, por lo cual propende por el mejoramiento de la calidad de vida de la población, con la generación y mantenimiento de relaciones mutuamente beneficiosas con usuarios, colaboradores, proveedores, instituciones de formación académica, comunidad y medio ambiente, a través

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 18 de 40	

de la adopción de medidas para satisfacer sus necesidades prioritarias y expectativas, enmarcados dentro de nuestra competencia.

La institución como una empresa socialmente responsable, busca potenciar el impacto positivo de sus decisiones, minimizar el negativo y propender por el desarrollo y crecimiento de las personas y organizaciones que participan en la ejecución de la misión como prestadora de servicios de salud.

➤ **POLÍTICA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN:**


El Gerente del Hospital con su equipo de trabajo, se compromete a establecer, implementar y mejorar continuamente el Sistema Integrado de Gestión (SIG), articulando en sus procesos y servicios de manera armónica y complementaria, el cumplimiento de los requisitos legales y los componentes de gestión de calidad, control interno y desarrollo administrativo para garantizar la eficacia, eficiencia, efectividad y transparencia, en el logro de los objetivos y metas, para asegurar la satisfacción de los clientes y partes interesadas, orientando y haciendo seguimiento al cumplimiento del aumento de los niveles de satisfacción de los clientes, fortaleciendo la prestación de los servicios orientados al mejoramiento de la cobertura, calidad, eficiencia y pertinencia de salud; fortaleciendo el desempeño de los Macroprocesos establecidos en el Hospital; Garantizando la disponibilidad, el uso eficiente de los recursos financieros y la disponibilidad y competencia del recurso humano; fortaleciendo la aplicación de mecanismos de autocontrol y de evaluación para garantizar la mejora continua; garantizando mecanismos de participación ciudadana y control social sobre la gestión Institucional.

➤ **POLÍTICA DE CALIDAD:**

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. como institución prestadora de servicios de Salud de alta complejidad y centro de referencia del departamento del Tolima, mejora de forma continua sus procesos, para lograr una atención segura, humanizada, enfocada en la satisfacción del usuario, en el desarrollo de las competencias del talento humano, en la renovación de la tecnología y sistemas de información confiables, consolidando una cultura de docencia e investigación que aporte desarrollo científico a la región.

**Objetivos de la política de calidad:**

- Cumplir con los requisitos normativos del sistema de calidad en salud para garantizar una prestación del servicio integral.
- Ofrecer servicios de Salud con altos estándares de calidad para brindar una atención segura y humanizada.
- Transformar la institución hacia una cultura de mejoramiento continuo de los procesos, para mejorar la satisfacción usuario.

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 19 de 40	

- Fomentar el desarrollo del Talento Humano de la Institución, para mejorar las competencias en la prestación del servicio.
- Fomentar la investigación para mejorar las prácticas médicas y de los servicios de salud.
- Implementar y evaluar un Sistema Integrado de Gestión de Calidad para alcanzar la Acreditación en Salud.


➤ **POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:**

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. define la seguridad del paciente como característica esencial y transversal en su plataforma estratégica, promoviendo la innovación en las mejores prácticas tanto en procesos misionales como de apoyo, consolidando una cultura por la seguridad del paciente, su familia y el colaborador; caracterizada por ser formativa, participativa, justa, No punitiva y humanizada; anticipa e identifica los riesgos para reducir su ocurrencia y minimizar su impacto, e integra el sistema de información, la tecnología, la calidad, la gestión del talento humano, la gestión del ambiente físico, la salud en el trabajo garantizando un entorno seguro.

**Objetivos de la política de Seguridad del paciente:**

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención hacia la promoción de una atención en salud segura
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
- Homologar la terminología a utilizar en la institución.
- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
- Difundir entre los usuarios internos y externos y a través de los diferentes medios de comunicación de la institución los principios de la política de seguridad del paciente.
- Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

4

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>				
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	

➤ **POLÍTICA DE COMUNICACIONES E INFORMACIÓN:**


El Hospital Federico Lleras Acosta asume la comunicación y la información como bienes públicos y se compromete a mejorar los procesos y actividades informativas y comunicacionales. Las acciones comunicativas se efectúan de acuerdo con los parámetros que establezca la normativa vigente y en concordancia con el Plan de Desarrollo Institucional. El compromiso con la comunicación pública, está caracterizado por la veracidad de las fuentes y su presentación, orientada para el conocimiento general y buscando que la información llegue a las partes interesadas de manera integral, oportuna, actualizada, clara, veraz y confiable, bajo políticas efectivas de generación, manejo y circulación de la misma. El Hospital se compromete a dar respuesta oportuna y de fondo a las peticiones planteadas por la comunidad. El Gerente del Hospital es el único funcionario que emite las declaraciones, hace comentarios o revela información a la prensa, radio, televisión o cualquier otro medio masivo de comunicación. Otros servidores públicos del Hospital podrán hacerlo solo cuando tengan autorización expresa por el Gerente de la institución. La comunicación al interior del Hospital está orientada a: la construcción del compromiso institucional, los pacientes, sentido de pertenencia y al establecimiento de relaciones de diálogo y colaboración entre los servidores públicos y contratistas de la Empresa Social del Estado

➤ **POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO:**

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., se compromete a adoptar mecanismos y acciones necesarias para la gestión integral de riesgos, que reducen el impacto de las decisiones que toma la institución respecto al logro de los objetivos de los procesos y de la organización. Para ello define e implementa mecanismos que permitan el análisis del contexto, la identificación, análisis, valoración, tratamiento, comunicación y consulta, monitoreo y evaluación de los riesgos, acogiendo una autorregulación prudencial. El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. determina el nivel de impacto y la probabilidad de ocurrencia de cada uno de los riesgos para priorizar su tratamiento, y estructura criterios orientadores en la toma de decisiones respecto de los efectos de los mismos.

➤ **POLÍTICAS DE USO Y CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN:**

Las guías, manuales, procesos y demás documentos generados por los servidores públicos y/o contratistas del Hospital, en forma individual o en equipo, se trabajan con los controles necesarios para garantizar su seguridad y limitación de uso a personas no autorizadas; su difusión es reservada por las normas de autor vigentes y es responsabilidad del servidor público y/o contratista denunciar el uso indebido por terceros.

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 21 de 40	

➤ **POLÍTICA DE CERO PAPEL:**

En cumplimiento de los lineamientos del Gobierno Nacional, se procurará sustituir los flujos documentales en papel, por soportes y medios electrónicos sustentados en la utilización de tecnologías de la información y las telecomunicaciones. El elemento más importante para disminuir la utilización del soporte en papel es el empleo de documentos electrónicamente, bien sea que estos hayan sido escaneados desde un original en físico o que hayan sido creados mediante aplicaciones ofimáticas, programas de diseño y otras herramientas informáticas. (Adaptado de Directiva Presidencial N° 04 de 2012 " Eficiencia administrativa y lineamientos de la política cero papel en la administración pública" y "Guía Cero papel en la administración pública" del Ministerio de Tecnologías de la información y las Comunicaciones).

➤ **POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD:**

En relación con lo dispuesto en la política de transparencia, están sometidos a requisitos de confidencialidad los siguientes tipos de documentos:


- a. La historia clínica, es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros, previo autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. (Ministerio de salud. Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica)
- b. Evaluaciones médicas ocupacionales e historia clínica ocupacional (Resolución 2346 de 2007 Por la cual se regula la práctica de las evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales y Resolución 1918 de 2009 Por la cual se modifica la resolución 2346 de 2007)
- c. Historias laborales de los servidores públicos (Circular 4 de 2003 del Archivo General de la Nación)
- d. Datos personales que no tengan la naturaleza de públicos y que puedan afectar la intimidad del titular de esos datos o cuyo uso indebido pueda generar la discriminación del titular. (Ley 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.
- e. Las actuaciones disciplinarias serán reservadas en los términos establecidos por la ley. (Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario)

➤ **POLÍTICA DE GOBIERNO EN LÍNEA:**

En desarrollo de las políticas y directivas del Gobierno Nacional en materia de Gobierno en Línea, se deben aplicar las siguientes políticas:

- a. Fortalecer la relación de los ciudadanos con la institución a partir de la adecuada atención y provisión de los servicios, buscando la optimización en el uso de los recursos.
- b. Abrir los datos públicos para impulsar la participación, el control social y la generación de valor agregado.

4

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 22 de 40	


- c. Facilitar la evolución de la gestión de TI de la institución hacia un modelo estandarizado que aplica el marco de referencia de arquitectura empresarial para la gestión de TI.
- d. Fortalecer el intercambio de información entre entidades y sectores.
- e. Garantizar la libre adopción de tecnologías, teniendo en cuenta recomendaciones, conceptos y normativas de los organismos internacionales competentes e idóneos en la materia, que permitan fomentar la eficiente prestación de servicios, emplear contenidos y aplicaciones que usen Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, así como garantizar la libre y leal competencia, y que su adopción sea armónica con el desarrollo ambiental sostenible.
- f. Desarrollar nuevas formas de usar las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para producir cambios que generen nuevo y mayor valor público.
- g. Implementar soluciones específicas para problemas públicos, mediante el estímulo y aprovechamiento del interés y conocimiento de la sociedad, al igual que un esfuerzo conjunto dentro de las propias entidades públicas y sus servidores. (Decreto 2573 de 2014. Por el cual se establecen los lineamientos generales de la estrategia de Gobierno en Línea)

➤ **POLÍTICA PARA LA GESTIÓN AMBIENTAL:**

El Hospital Federico Lleras Acosta se compromete a realizar un manejo adecuado de los aspectos ambientales que se pueden derivar de la ejecución de sus procesos y a realizar los procedimientos y actividades necesarias para la gestión integral de esos aspectos ambientales. Así mismo, se compromete a mejorar continuamente su desempeño ambiental; a cumplir con la normativa ambiental aplicable y a facilitar a las autoridades ambientales y sanitarias pertinentes, que hagan evaluación, seguimiento y monitoreo ambiental y sanitario.

➤ **POLÍTICA DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO:**

El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima, Empresa Social del Estado, se compromete con la protección, el mejoramiento de la calidad de vida laboral, la administración, gestión y desarrollo del talento humano que preste sus servicios en la entidad, incorporando los principios constitucionales y legales de justicia, equidad, imparcialidad y transparencia, respetando su naturaleza o forma de vinculación al realizar los procesos propios de la Gestión del talento Humano. Se deben tener completamente claros los perfiles, las competencias, la inducción, reinducción, formación, capacitación y entrenamiento, y la escala salarial dependiendo del grado de responsabilidad y autoridad que tienen los servidores públicos del hospital, conforme al plan de cargos y a los requerimientos de necesidades de recurso humano, en procura de la motivación del talento humano.

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 23 de 40	


## 8.6. LINEAS ESTRATEGICOS

En desarrollo de la misión del Hospital Federico Lleras Acosta ESE tendrá los siguientes Líneas que constituirán el accionar empresarial proyectados desde la vigencia 2016 al 2020:

- **AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA**
- **FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD**
- **CULTURA ORGANIZACIONAL**
- **SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL**
- **HOSPITAL UNIVERSITARIO**

Para el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., estas líneas estratégicas tendrán el siguiente alcance:

- **AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA**  
Garantizar la sostenibilidad administrativa y financiera de la entidad, a través de la rentabilidad operacional, desarrollo armónico de la infraestructura, una adecuada defensa judicial, Sostener el equilibrio financiero de la entidad, a través de la gestión de recaudo de cartera, la disminución de costos y gastos y la venta de nuevos servicios.
- **FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD**  
Desarrollar nuevos servicios de alta complejidad que fortalezcan y complementen el portafolio de servicios, a través de la ejecución de proyectos de inversión y alianzas estratégicas.
- **CULTURA ORGANIZACIONAL**  
Propender por el crecimiento de la entidad cimentado en el cambio de cultura organizacional, en el desarrollo de las competencias del talento humano y el mejoramiento del clima laboral, para facilitar el desarrollo de los procesos y la calidad de la atención.
- **SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL**  
Terminar de implementar el sistema integrado de gestión, basado en el sistema obligatorio de la calidad y el MECI, integrando los sistemas de seguridad y salud en el trabajo, gestión del riesgo, gestión ambiental y responsabilidad social. Mejorar la calidad de la atención a los usuarios de los servicios que presta el Hospital
- **HOSPITAL UNIVERSITARIO**

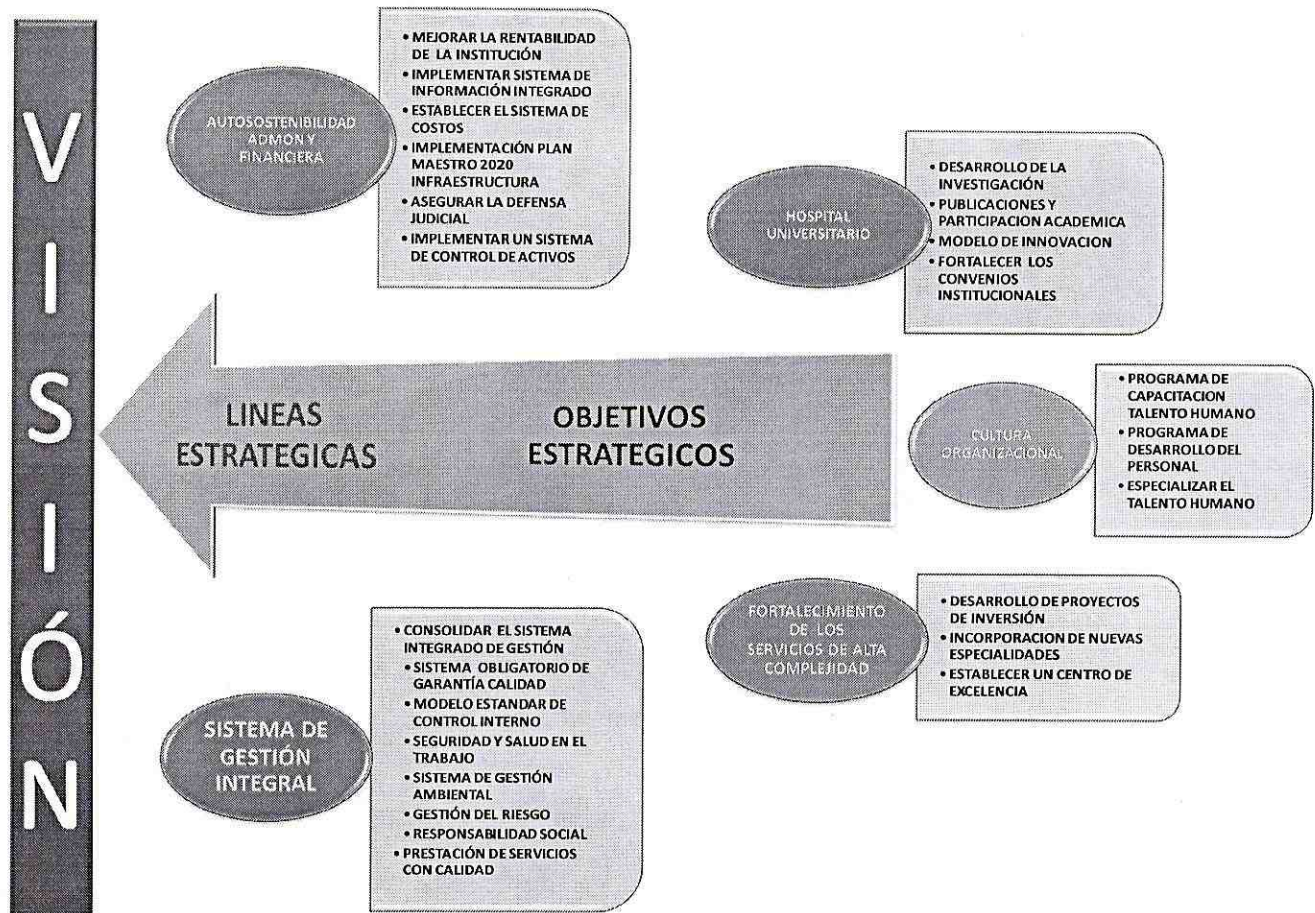
<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					 <small>HOSPITAL</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>de Bogotá</small>
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 24 de 40	

Impulsar el cumplimiento de los requisitos como Hospital Universitario, mejorando la Docencia y la investigación a través del fortalecimiento de los convenios de formación, la creación del grupo de investigación de la institución, incrementar el nivel científico del Hospital fomentando la participación en eventos científicos y la publicación de investigaciones, implementando un modelo de innovación que permita la mejora de los procesos

20




## 9. MAPA ESTRATÉGICO



Es la representación gráfica de los objetivos que hacen parte del plan estratégico y es considerado un elemento medular dentro del proceso de formulación del mismo. El mapa estratégico especifica las líneas estratégicas, objetivos y las relaciones entre estos objetos conceptuales.

Ayuda a describir el camino para llevar a cabo la estrategia de la organización y nos muestra de manera explícita las hipótesis respecto a la secuencia de relaciones causa-efecto formuladas para ejecutar la estrategia de la organización, es decir lograr la visión del Hospital.

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 26 de 40	

### 9.1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Definen aspectos claves que deben lograrse para asegurar el cumplimiento de la estrategia, lo que la organización desea o espera lograr expresado de forma clara, corta y precisa.


Para el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., la creación de los objetivos estratégicos tuvo su origen en tres fuentes principales:

- En la fase de diagnóstico, durante el proceso de validación estratégica.
- Brechas entre la realidad y los elementos conceptuales de la misión.
- Criterios de logro definidos para alcanzar los elementos conceptuales de la visión.

Tabla 2. Objetivos estratégicos por Líneas Estratégicas

<b>AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA</b>	
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>ALCANCE</b>
Definición e implementación del plan maestro para 2020 para el reordenamiento físico del Hospital	Planear y ejecutar el desarrollo de la infraestructura física del Hospital de acuerdo a las necesidades de crecimiento y mejoramiento de los servicios de salud.  Reforzamiento Estructural Central de mezclas Servicio de Cardiología Resonancia magnética Redistribución área administrativas Unidad Renal Unidad de quemados Medicina Nuclear Actualización eléctrica del Hospital Mejoramiento Infraestructura habilitación Redistribución de cafeterías Adecuación de Archivos Sistemas eficientes Implementación de Aféresis Mejoramiento Laboratorio clínico Adecuación Central esterilización.
Implementar de un sistema de información integrado.	Implementar y poner en operación un software integral centrado en la Historia clínica, mejorando los procesos de la

40

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 27 de 40	

	<p>organización con la sistematización y modernizar el proceso de gestión documental.</p> <p>Mejorar la comunicación con la comunidad, usuarios y pacientes con el fortalecimiento y mejora de la Intranet, pagina web y Gobierno en línea, como estrategia de unión y fidelidad de estos con el Hospital.</p> <p>Establecer un proceso de minería de datos para generar información para la toma de decisiones</p>
<b>Estructuración e implementación de un sistema de costos.</b>	Desarrollar un sistema de costos confiable, veraz y con información oportuna para la toma de decisiones de la alta gerencia.
<b>Rentabilidad de la operación de la Entidad.</b>	Modernizar los procesos financieros de la entidad, para mejorar el flujo de recursos, mantener un equilibrio presupuestal, aumentar la venta de servicios e incrementar la rentabilidad para asegurar el pago de los pasivos.
<b>Consolidación del proceso de defensa judicial.</b>	Garantizar una adecuada defensa de los intereses de la Institución mediante una exitosa gestión jurídica.
<b>Implementación de un sistema de control de activos</b>	Cuidar y Salvaguardar los activos fijos de la Institución con un adecuado sistema de control.

<b>FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD</b>	
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>ALCANCE</b>
Elaborar y desarrollar los proyectos de inversión de crecimiento para garantizar la integralidad de la atención de nuevos servicios de alta complejidad.	<p>Desarrollar nuevos servicios mediante la formulación, evaluación y presentación de proyectos a entidades para la consecución de recursos de financiación, para su ejecución.</p> <p>Proyectos establecidos en el Plan bienal de</p>

4

## PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020



CÓDIGO:  
PC-PG-003

Fecha de elaboración:  
05-12-2006

Fecha de actualización:  
22-02-2016

Versión: 5

Página 28 de 40

	inversiones en salud aprobado por el Ministerio de Salud y de infraestructura conforme al Plan de ordenamiento físico del Hospital.
<b>Incorporación de nuevas especialidades o especialistas a la región.</b>	Incrementar la oferta de servicios en las especialidades existentes e incorporar nuevas para mejorar la cobertura en la región.
<b>Formular un centro de excelencia para la región.</b>	Establecer el plan de implementación de un centro de excelencia en la región y demás aspectos necesarios para soportar la efectividad del programa con el propósito de demostrar una mejor calidad y mayor eficiencia que permita competir exitosamente en el mercado nacional.

### CULTURA ORGANIZACIONAL

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ALCANCE
Implementar el programa de capacitación del Talento humano enfocado al desarrollo de las competencias y humanización de la atención.	Establecer los requerimientos de capacitación y desarrollar un programa que permita el crecimiento del talento humano en sus competencias y mejorar la calidad de la atención mediante la humanización del servicio.
Diseñar y ejecutar un programa de desarrollo del personal y creación de cultura organizacional.	Mejorar la cultura Institucional mediante el desarrollo de acciones de desarrollo del talento humano.
Especializar el talento humano (laparoscopia avanzada, cirugía oncológica, patología y radiología intervencionista, mastología).	Mejorar la prestación de los servicios de salud especializando a los médicos especialistas en nuevas técnicas, que propenda por tratamientos más efectivos para la atención de diferentes patologías.

**PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020**



CÓDIGO:  
PC-PG-003

Fecha de elaboración:  
05-12-2006

Fecha de actualización:  
22-02-2016

Versión: 5

Página 29 de 40

<b>HOSPITAL UNIVERSITARIO</b>	
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>ALCANCE</b>
Definición y fortalecimiento de las líneas de investigación.	Desarrollar el programa de investigación del Hospital definiendo las líneas y estableciendo alianzas estratégicas para ejecutar las mismas
Publicaciones y participación académica internacional.	Mejorar el posicionamiento de la entidad académicamente, ser reconocidos como generadores de conocimiento.
Implementar el modelo de Innovación para la Institución e incentivar su aplicación y desarrollo.	Establecer el modelo de innovación para el Hospital y fomentar su implementación
Fortalecer los convenios institucionales para acceder a rotación de residencias médicas y profesionales en las áreas de la salud y administrativas.	Establecer los convenios estratégicos para el Hospital tanto asistenciales como administrativos y ajustar el plan el plan de prácticas por convenio al anexo técnico conforme a las nuevas disposiciones normativas.

<b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL</b>	
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>ALCANCE</b>
Consolidar el Sistema integrado de gestión y realizar las auditorias para el mejoramiento continuo del mismo.	Mantener el sistema Integrado de Gestión con el 100% de cumplimiento y con un proceso de mejoramiento permanente.
Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.	Cumplir con los requisitos del sistema de Habilitación. Realizar los reportes del Sistema de Información para la calidad, generando las acciones de mejoramiento. Continuar desarrollando el Programa de mejoramiento de la calidad PAMEC, con estándares de Acreditación. Ejecutar la Autoevaluación de los estándares de Acreditación.
MECI	Implementar el 100% del Modelo Estándar de Control Interno

40

## PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020

CÓDIGO:  
PC-PG-003

Fecha de elaboración:  
05-12-2006

Fecha de actualización:  
22-02-2016

Versión: 5

Página 30 de 40



<b>Seguridad y Salud en el trabajo</b>	Desarrollar el sistema de seguridad y salud en el trabajo e integrarlo al sistema integrado de gestión.
<b>Medio Ambiente</b>	Implementar el sistema de gestión ambiental e integrarlo al sistema de gestión del Hospital.
<b>Gestión del Riesgo</b>	Diseñar e implementar un sistema de gestión del riesgo e integrarlo al sistema de gestión del Hospital.
<b>Responsabilidad Social Empresarial.</b>	Crear y ejecutar un sistema de responsabilidad social.
<b>Prestación de servicios con calidad</b>	Mejorar la calidad de los servicios que se prestan, realizando seguimiento a través de los indicadores de calidad. Ajuste y monitoreo a los procesos asistenciales y administrativos necesarios para garantizar la adecuada atención de los usuarios.

### 9.2. METAS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS - PLAN DE ACCIÓN

4

## PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020

LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADORES AÑO INICIO-AÑO FINALIZACION	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	METAS					ACCIONES O INICATIVAS ESTRATEGICAS	RESPONSABLE
					Fecha de actualización: 17/07/2015						
					AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5		
CULTURA ORGANIZACIONAL	2. Diseñar y ejecutar un programa de desarrollo del personal y creación de cultura organizacional.	% de ejecución del plan de desarrollo de personal y cultura del Hospital	No de actividades ejecutadas / No de actividades desarrolladas	0	10	40	70	100	100	1. Elaborar el plan de desarrollo del personal y creación de cultura organizacional	Subgerencia administrativa - Gestión Talento Humano
CULTURA ORGANIZACIONAL	3. Especializar el talento humano (laparoscopia avanzada, cirugía oncológica, patología radiológica, intervencionista, mastología).	% de cumplimiento de especializaciones programadas	No de especializaciones desarrolladas / No de especializaciones programadas	0	10%	20	50	70	100	1. Establecer las especialidades y número de personas a especializar. 2. Gestión con universidades para la especialización de talento humano. 3. Elaborar los convenios con los profesionales para asegurar su retorno.	Subgerencia científica - Oficina de Docencia, investigación e Innovación - Gestión Talento Humano
HOSPITAL UNIVERSITARIO	1. Definición y fortalecimiento de las líneas de investigación.	% de cumplimiento del programa de investigación	No de acciones desarrolladas / no de acciones propuestas	0	40	70	80	90	100	1. Definir el programa de investigación para el Hospital. 2. Capacitar al talento humano en investigación. 3. Establecer alianzas estratégicas con grupos de investigación. 4. Definir las líneas de investigación. 5. Formar grupo de investigación del Hospital. 6. Realizar evaluación anual al programa y realizar las acciones de mejora	oficina de Docencia, internado e innovación - Gestión del talento humano
HOSPITAL UNIVERSITARIO	2. Publicaciones y participación académica internacional.	No de publicaciones de investigaciones en revistas indexadas	NA	0	1	2	4	8	10	1. Crear estímulos para fomentar la publicación de artículos indexados de personal del Hospital. 2. Capacitación del R. Humanos en las técnicas para la publicación.	oficina de Docencia, internado e innovación - Gestión del talento humano
HOSPITAL UNIVERSITARIO	3. Implementar el modelo de innovación para la institución e incentivar su aplicación y desarrollo.	% de implementación del modelo de innovación	No de acciones desarrolladas / no de acciones propuestas	0	0	20	40	80	100	1. Definir la política para facilitar el recurso humano para su aplicación en los procesos innovadores. 2. Implementar la política en los procesos innovadores. 3. Socializar la política y procedimientos al talento humano. 4. Evaluar el impacto de las directrices establecidas.	oficina de Docencia, internado e innovación - Talento Humano - Gerencia
HOSPITAL UNIVERSITARIO	4. Fortalecer los convenios institucionales para acceder a rotación de residencias médicas y profesionales en las áreas de la salud y administrativas.	% de convenios vigentes	No de convenios vigentes / No de convenios firmados	ND	90	100	100	100	100	1. Definir los convenios estratégicos para el Hospital tanto asistenciales como administrativos. 2. Revisar el estado de los convenios y efectuar su legalización. 3. Realizar las reuniones de los convenios docentes asistenciales. 4. Ajustar el plan del plan de prácticas por convenio y anexo técnico conforme a las nuevas disposiciones normativas. 5. Capacitación de metodología de educación al personal asistencial.	oficina de Docencia, internado e innovación - Talento Humano - Gerencia
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL	1. Consolidar el Sistema integrado de gestión y realizar las auditorías para el mejoramiento continuo del mismo.	% del sistema de gestión integral implementado	No de ítems implementados / total de ítems	0	60	100	100	100	100	1. Aprobar el sistema e implementar el mismo. 2. Verificación y seguimiento del cumplimiento. 3. Evaluación independiente. 4. generación de acciones de mejora y ajuste del modelo. 5. Inclusión de los restantes sistemas de gestión al sistema integral	Comité SIG - Coordinadores y responsables de proceso

# PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020

LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADORES ANO INICIO-ANO FINALIZACION	FORMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	METAS					ACCIONES O INICIATIVAS ESTRATEGICAS	RESPONSABLE
					Fecha de actualización: 17/07/2015						
					ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5		
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	1. Definición e implementación del plan maestro para 2020 para el financiamiento físico del Hospital	% de plan desarrollado e implementado	No de acciones desarrolladas / No de acciones propuestas	0	10%	20%	40%	60%	100%	Elaborar los estudios de crecimiento del Hospital - Establecer los requerimientos de infraestructura - Contratación de diseños - asignación de presupuesto - ejecución de adecuaciones y obras físicas	Jefe Oficina de planeación y calidad - Gerencia - Subgerencia científica - Subgerencia Administrativa y financiera
		% de implementación del sistema de información integrado	No de módulos en operación / módulos adquiridos	0	50%	80%	100%	100%	100%	Realizar el proceso contractual de mayor cuantía para el software hardware y redes - Implementación de los módulos (parametrización, capacitación, pruebas, puesta en marcha y estabilización) - mantenimiento del software - instalación red lógica - configuración de la red (subnetting) - instalación de terminales y servidores	Subgerencia administrativa - Tecnología de la Información - Contratación - Oficina Jurídica - Usuarios líderes módulos del sistema de información
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	2. Implementar de un sistema de información integrado.	% de procedimientos ajustados conforme al sistema	No de procedimientos ajustados / No total de procedimientos afectados por el nuevo sistema	0	10%	50%	100%	100%	100%	Revisión de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos - Documentar los cambios - validación de los documentado vs ejecutado	Tecnología de la información, oficina de planeación - Líderes de los procesos
		% de implementación del medio de manera de datos primarios de la información	No de acciones ejecutadas/No de acciones programadas	0	10%	30%	50%	80%	100%	Capacitar al talento humano en el métodos - Elaborar el plan de análisis de la información - Realizar minería de datos a la base de datos del Hospital- Generar información para la toma de decisiones.	Vigilancia epidemiológica, infecciones y estadística - Tecnología de la Información
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	3. Restrucción e implementación de un sistema de costos.	% de cumplimiento del plan de mejoramiento del archivo	No de acciones ejecutadas/No de acciones propuestas	0	10%	30%	50%	80%	100%	Actualización de tablas de retención - adecuación de espacios para la información - eliminación de documentos - eliminación documental - sistematización de la información - clasificación de los documentos - Documentar los flujos de los documentos de la organización - sistematizar los flujos de trabajo (work flow)	Subgerencia administrativa y financiera - Gestión documental - mantenimiento -
		% de Centros de Costos Implementados / total de centros de costos definidos	N° de Centros de Costos implementados / total de centros de costos definidos	0	60%	100%	100%	100%	100%	100%	Redefinir los centros de costos y centros de producción Continuar con la parametrización de los centros de costos - Revisar las bases de distribución y tasas predeterminadas - Revisar designación de responsables para el cargo de la información - Validar la información con soportes y reportes contables - Generar Informes - Retroalimentar a los servicios. - Parametrizar el nuevo software
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	Razonabilidad de estados Financieros	Razonabilidad de estados Financieros	Según la escala establecida por los entes de control	No razonable	Razonable con objeciones	Razonables	Razonables	Razonables	Razonables	Aplicar las normas generalmente aceptadas para la preparación y reporte de la información. Depurar las partidas inciertas de cuentas por cobrar a clientes, cuentas por pagar, pasivos estimados, inventarios, propiedad planta y equipos de los estados financieros, conforme a la normatividad vigente sobre el tema.	Contabilidad - Inventarios y activos fijo - Subgerencia Admón. y Financiera
		Monto acumulado de cuentas por pagar	Según estados financieros	63.257.423.279	-13%	-34%	-45%	-56%	-76%	Depurar las partidas inciertas de los pasivos Realizar diagnóstico de la información Cruzar la información con los proveedores Elaborar fichas para la depuración de las partidas inciertas y analizar la información por la naturaleza de los pasivos contables. Realizar el control de los pasivos contables para la asignación de los recursos aprobados para el saneamiento de pasivos. Aplicar las estrategias para la recuperación de la cartera de vencidas anterior.	Contabilidad - Inventarios y activos fijo - Cartera - Subgerencia Admón. y Financiera



# PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020

LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADORES AÑO INICIO-AÑO FINALIZACIÓN	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	Fecha de actualización: 17/07/2015					RESPONSABLE
					METAS					
					AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	4. rentabilidad de la operación de la Entidad.	Días de rotación de cuentas por pagar.	No. Días del periodo / (Compras a crédito del periodo / Promedio de cuentas por pagar)	203	180	150	120	120	Venta del Lote propiedad del Hospital por valor de \$1'900 millones.	Coordinadores U.F - Facturación y Auditoría
		Utilidad o pérdidas acumuladas del periodo	Según estados financieros	-14.141.086.552	0	0	0	0	Realizar seguimiento al proceso de facturación y auditoría concurrente para la generación de facturas 100% cobrable. Acelerar el proceso de respuesta y conciliación de glosas y pago de los derechos. Atender las relaciones con los clientes Realizar seguimiento al proceso de facturación de los servicios comprados. Racionalizar el costo y gasto de la operación	Coordinadores U.F - Facturación y Auditoría
		Porcentaje de glosa inicial (objeción)	Valor de objeción a la facturación del periodo / Valor total de facturación del periodo	12,77%	8,00%	7,00%	6,00%	5,00%	Auditiva Concurrente. Ejercer un control permanente al proceso, socializar los motivos de glosa a cada una de las áreas que las generan. Capacitar el recurso humano con funciones en el diligenciamiento y elaboración de los RIPS que permita brindar reportes de la mejor calidad.	Coordinadores U.F - Facturación y Auditoría
		Porcentaje de glosa definitiva	Valor de glosa definitiva a la facturación del periodo / 100 * Valor total de facturación del periodo	3%	3%	2%	2%	2%	Gestionar la contestación oportuna de la glosa de vigencias anteriores y la vigencia. Evaluar mensualmente, en un comité interdisciplinario, las causas de glosas para tomar las acciones necesarias de mejora en las diferentes áreas involucradas	Coordinadores U.F - Facturación y Auditoría
		Porcentaje de facturación radicada	Valor de facturación del periodo radicada en los términos / 100 * Valor de facturación del periodo	97%	97%	97%	97%	97%	Realizar seguimiento a la entrega oportuna de las facturas por parte de los facturadores a la central para su revisión. Generar y validar los RIPS. Seguimiento a la radicación física y electrónica	Facturación y Auditoría
		Días de rotación de cartera	No. Días del periodo / (Valor de ventas a crédito en el periodo / Cuentas por cobrar)	474	380	280	250	200	Realizar el seguimiento a las Entidades del Régimen Subsidiado una vez termine la radicación para que cancelen el 50% del valor radicado en el Oficio directo del Ministerio, para dar cumplimiento con lo establecido en el Decreto 1173 de 2011 y Ley 1438 de 2011. Realizar la conciliación de cobros y derechos de pago para solicitudes de la relación de facturas a afectar. Realizar las conciliaciones financieras por lo menos una vez cada dos meses para conciliar la cartera y llegar a acuerdo de pronto pago. Realizar las acciones jurídicas que correspondan para la recuperación de cartera vigencia a 2013 y años anteriores. Realizar los acuerdos de voluntades estableciendo en la cláusula de forma de pago el porcentaje de recuperación a los 20 días de radicada la factura, definidos en la normatividad vigente Mejorar el proceso de facturación y soportes que permita disminuir el porcentaje de glosa inicial para que la recuperación de cartera sea efectiva en su totalidad.	Gestión Comercial - Oficina Jurídica - Facturación
		Balance presupuestal con reconocimientos	Ingresos reconocidos totales / Gasto comprometido total	0,89	1	1	1	1	Realizar seguimiento al proceso de facturación y auditoría corriente para la generación de facturas 100% cobrable. Acelerar el proceso de respuesta y conciliación de glosas y pago de los derechos. afianzar las relaciones con los clientes	Facturación - Gestión Comercial - Coordinadores Unidades Funcionales - Líderes de proceso
		Balance presupuestal con recaudo	Ingresos recaudados totales / Gasto comprometido total	0,56	1	1	1	1	Realizar seguimiento al proceso de facturación de los servicios comprados. Racionalizar el costo y gasto de la operación	

50

# PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020

LÍNEA ESTRATÉGICA		OBJETIVO ESTRATÉGICO		INDICADORES ANO INICIO-ANO FINALIZACIÓN		FÓRMULA		LÍNEA BASE (31 dic 2015)		METAS					ACCIONES O INICIATIVAS ESTRATÉGICAS		RESPONSABLE		
										Fecha de actualización: 17/07/2015									
										Fecha de elaboración: 10-02-1998									AÑO 1
Código: DFR-003		VERSION: 7																	
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	5.Consolidación del proceso de defensa judicial.	Proceso judiciales contestados dentro del término legal. Incluidas las tutelas.	Total de procesos judiciales contestados dentro del término legal*100/Número total de procesos	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Revisar permanentemente los estados de los procesos. Implementar medidas de control y seguimiento a los términos mediante alarmas electrónicas y físicas.	Oficina Jurídica
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	6. Implementación de un sistema de control de activos	% de activos controlados dentro del sistema	No de activos controlados / No total de activos identificados	ND	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Establecer el inventario de activos - Depurar y realizar las bajas de los activos - Depuración de la cuenta contable de activos - Aseguramiento del 100% de los activos - Implementar el modelo de control de inventarios de forma permanente - Asignación de inventarios por servicios y actualización permanente de novedades	Almacén e activos fijos - Subgerencia Admón. y Financiera - Contabilidad
FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	1. Elaborar y desarrollar los planes de inversión de acuerdo a la integralidad de la atención de nuevos servicios de alta complejidad.	% de cumplimiento del desarrollo de servicios	No de servicios desarrollados/Total de servicios por desarrollar	0	10	30	50	80	100	100	100	100	100	100	100	100	100	Establecer el plan de crecimiento de servicios. Identificar las fuentes de financiación - establecer las alianzas estratégicas - elaboración de los proyectos - consecución de los recursos - contratación de las actividades necesarias para el desarrollo del proyecto - Implementación del servicio	Oficina de Planeación y Calidad - Gerencia - Subgerencia Científica - Coordinadores de servicios
FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	2.Incorporación de nuevas especialidades o especialistas a la región.	% de cumplimiento del plan incorporación de nuevas especialidades	No de especialidades y especialistas/ N programado	0	1	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1. Establecer las necesidades actuales de déficit de especialistas y/o especialidades conforme a los requerimientos del Hospital y la Región. 2. Realizar búsqueda y acercamiento a los posibles nuevos especialistas. 3. Vincular a los especialistas y especialidades a la institución.	Subgerencia científica - Gerencia
FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	3.Formular un centro de excelencia para la región.	% de formulación del centro de excelencia	No de acciones desarrolladas/ No de acciones propuestas	0	10%	40%	60%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	1. Establecer el grupo responsable de la formulación del centro de excelencia. 2. Definir el programa de salud que será centro de excelencia 3. Elaborar el plan de tratamiento específico 4. Establecer el plan de implementación y medición de los resultados clínicos y demás aspectos necesarios para soportar la efectividad del programa. (Investigación, mejoramiento y reconocimiento formal)	Subgerencia científica - Coordinadores asistenciales
CULTURA ORGANIZACIONAL	1. Implementar el programa de capacitación del Talento humano enfocado al desarrollo de las competencias y humanización de la atención.	% de cumplimiento del plan de capacitación	No de actividades ejecutadas / No de actividades desarrolladas	86	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	Identificación de necesidades del personal por áreas - Definición de las capacitaciones a desarrollar - elaboración del plan anual de capacitación - evaluación trimestral del plan - evaluación anual y reformulación del plan	Subgerencia administrativa - Gestión Talento Humano

90

# PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020

LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADORES ANO INICIO-ANO FINALIZACION	FORMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	Fecha de actualización: 17/07/2015					ACCIONES O INICIATIVAS ESTRATEGICAS	RESPONSABLE	
					METAS							
					AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5			
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL	2. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.	% de servicios cumpliendo requisitos de habilitación	No de servicios con el 100% de requisitos cumplidos/No total de servicios declarados REFS	75	80	85	90	100	100	1. Realizar el diagnóstico de cumplimiento de los estándares de mejoramiento por servicio. 2. Elaborar los presupuestos las actividades a desarrollar. 3. Priorizar las acciones de mejora y establecer las fuentes de financiación para su ejecución. 4. Realizar las acciones de los servicios priorizados con recursos propios (quirofano y cuidado intensivo). 5. Elaborar proyecto para consecución de recursos externos para ejecución de actividades de mejoramiento. 6. Realizar verificación y autoevaluación periódica para garantizar el cumplimiento de los requisitos. 7. Realizar medid de adherencia de documento del Sistema de habilitación según el requerimiento de la norma. 8. Gestionar los emparejamiento y las validaciones de títulos del personal. 9. Priorizar los procesos prioritarios con la elaboración de la documentación requerida	Coordinadores de los servicios asistenciales - Oficina de planeación y calidad - Subgerencias	
		% de cumplimiento del PAMEC	No de acciones desarrolladas / no de acciones propuestas	42	70	80	80	80	80	80	Generar el plan de mejoramiento de PAMEC con base en las autoevaluaciones de Acreditación. Ejecutar el plan de mejoramiento, realizar seguimiento y autoevaluación al plan. Consolidar los resultados del plan de mejoramiento, elaborar informe de cierre del ciclo del Pamec.	Oficina de Planeación y Calidad - Coordinadores de servicios de calidad
	% de cumplimiento reporte sistema de información para la calidad	No de informes reportados/no de reportes obligatorios	100	100	100	100	100	100	100	100	Generar mensualmente los indicadores de calidad, realizar seguimiento y validación de la información, validar periódicamente las fichas de los indicadores, detectar acciones de mejora de los indicadores, ejecutara acciones de mejora	Epidemiología, infecciones y resisitencia - Oficina de planeación y calidad - Coordinadores de servicios
	% de cumplimiento de estándares de acreditación	No de estándares evaluados / No total de estándares	NA	100	100	100	100	100	100	100	Establecer la metodología para el desarrollo de la autoevaluación. Ejecución del proceso de autoevaluación, Consolidación de los resultados, Priorizar las acciones de mejora a desarrollar.	Oficina de planeación - grupos de autoevaluación - comité de calidad
	3. MECI	% de cumplimiento del Sistema	No de componentes cumplidos / total de componentes del sistema	ND	80	100	100	100	100	100	Verificación del sistema- autoevaluaciones - auditoría independiente - planes de mejora	Oficina de planeación - todas las dependencias - oficina de control interno
	4. Seguridad y Salud en el trabajo	% de cumplimiento del sistema de seguridad en el trabajo	No de requisitos cumplidos / total de requisitos		100	100	100	100	100	100	Verificación del sistema- autoevaluaciones - auditoría independiente - planes de mejora	Salud Ocupacional - Oficina de Planeación - Subgerencia administrativa
			% de cumplimiento del plan de seguridad y salud en el trabajo	No de acciones desarrolladas/ total acciones programadas		>90	>90	>93	>96	>99	1. Formulación del plan anual de seguridad y salud en el trabajo. 2. Desarrollo de las actividades. 3. Autoevaluación del plan. 4. Evaluación independiente de plan. 5. Generación de acciones de mejora	Salud Ocupacional
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL	5. Medio Ambiente	% de cumplimiento del plan de implementación del sistema de gestión del medio ambiente.	No de acciones desarrolladas/ no de acciones programadas	0	40	80	90	100	100	1. Elaborar el plan de gestión ambiental con implementación gradual implementación de acciones definidas por año - evaluación anual del programa - revisión y ajuste del plan. de forma anual	Gestión ambiental - Subgerencia administrativa	
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL	6. Gestión del Riesgo	% de implementación del sistema de administración del riesgo	No de acciones desarrolladas/ no de acciones programadas	0	70	80	90	100	100	Definir la metodología para la gestión del riesgo, elaborar el plan de gestión del riesgo, realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles, acciones de mejora al sistema de gestión del riesgo.	Oficina de Planeación y Calidad	
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL	7. Responsabilidad Empresarial.	% de cumplimiento del plan de responsabilidad social	No de acciones ejecutadas/ No de acciones programadas	0	15	20	40	70	100	Elaborar el sistema de responsabilidad Social. Implementar las acciones programadas, evaluación y generación de informes del sistema. Acciones de mejoramiento al sistema.	Atención al usuario	


# PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020

LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADORES ANO INICIO-ANO FINALIZACION	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	Fecha de actualización: 17/07/2015					ACCIONES O INICIATIVAS ESTRATEGICAS	RESPONSABLE
					METAS						
					ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5		
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL	Prestación de servicios con calidad	Oportunidad de la asignación de camas de Consulta Médica Especializada	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la Consulta Médica Especializada y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución.	23,3	15 días	15 días	15 días	15 días	15 días	Realizar Seguimiento a la oportunidad de las especialidades con mayor volumen de usuarios o con mayor demanda. Redistribución de la agenda, teniendo en cuenta las especialidades con mayor demanda. Mantener abiertas las agendas de las diferentes especialidades.	Coordinador U.F. Ambulatorios
		Oportunidad en la atención del Triage en Urgencias	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en Triage y el momento en el cual el paciente / Total de usuarios atendidos en Triage.	24,00	20 min	20 min	20 min	20 min	20 min	Revisión de la herramienta de medición y optimizar el proceso.	Coordinador U.F. Ambulatorios
		Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias	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 / Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias.	441	180 min	180 min	180 min	180 min	180 min	Mejorar la rotación de la cama en piso, mejorando el tiempo de la definición de conducta por parte del especialista y ajustar los procesos internos.	Coordinador U.F. Internación - Coordinador U.F. Urgencias
		Porcentaje de ocupación en urgencias	Sumatoria de días estancia en urgencias en el periodo * 100 / Total de días estancia disponibles en urgencias en el periodo	157%	100%	100%	100%	100%	100%	Mejorar la rotación de la cama en piso, mejorando el tiempo de la definición de conducta por parte del especialista y ajustar los procesos internos. Mejorar la resolutivez por parte del especialista. Aumentar el número de contrareferencias realizadas en el periodo.	Coordinador U.F. Internación - Coordinador U.F. Urgencias
		Porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 horas en urgencias	Número de pacientes con estancia superior a 24 horas * 100 / Número total de pacientes en urgencias	50%	50%	20%	20%	20%	20%	Mejorar la rotación de la cama en piso, mejorando el tiempo de la definición de conducta por parte del especialista y ajustar los procesos internos. Mejorar la resolutivez por parte del especialista.	Coordinador U.F. Internación
		Porcentaje de cancelación de cirugía programada	Número total de cirugías canceladas en el periodo * 100 / Número de cirugías programadas en el periodo	10,40%	6,5%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	Continuar con el seguimiento al indicador de cancelación. Generar planes de mejoramiento cuando se presenten desviaciones en el indicador.	Coordinador U.F. Quirologos
		Porcentaje de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y Gestionados * 100 / Número total de eventos adversos detectados	86,60%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	Continuar con la ejecución del programa de seguridad del paciente.	Oficina de Planeación y calidad
		Tasa global de infección hospitalaria	Número total de infecciones del periodo * 100 / Número total de egresos del periodo	4,2	3,9%	3,9%	3,9%	3,9%	3,9%	Aplicar listas de chequeo para la verificación de las medidas de prevención de las infecciones de las IACS. Realizar a los servicios los no cumplimientos de los protocolos o medidas preventivas. Formar líderes en los diferentes servicios.	Epidemiología, infectores y estadística - Coordinadores U.F.
		Tasa de mortalidad mayor a 24 horas en el periodo	Número total de muertes después de 24 horas en el periodo * 100 / Número total de egresos del periodo	4,30%	3,70%	3,50%	3,50%	3,50%	3,50%	Realizar seguimiento el reporte y análisis de la mortalidad hospitalaria y diligenciamiento oportuno del registro de defunción en el RUIAF del paciente fallecido. Elaborar la ficha técnica del indicador y generar el seguimiento del mismo. Reactivar el comité de mortalidad hospitalaria.	Coordinador U.F. Internación

## PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020

Código: DIFR-003		Fecha de elaboración: 10-02-1998		Fecha de actualización: 17/07/2015					VERSIÓN: 7		
LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADORES AÑO INICIO-AÑO FINALIZACIÓN	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	METAS					ACCIONES O INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	RESPONSABLE
					AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5		
		Porcentaje de adherencia a guías prioritarias en maternidad: Código rojo, código azul, atención de parto, HIE, asfisia perinatal, sepsis obstétrica	Según medición de auditoría	ND	80%	82%	86%	88%	90%	Actualización y socialización de las guías. Diseñar, aplicar, implementar y aplicarlas mensualmente. Contar con personal con competencias para la medición. Realizar cuestionarios al personal para determinar el conocimiento de las guías.	Coordinador U.F. Internación
		Porcentaje de adherencia a manual de buenas prácticas de esterilización.	Según medición de auditoría	ND	80%	90%	90%	90%	90%	Realizar seguimiento a la implementación del manual Diseñar y aplicar lista de verificación del cumplimiento de los protocolos. Contornar grupos de auditoría con competencias para la medición.	Subgerencia científica - Coordinador Central de esterilización
		Porcentaje de satisfacción de los usuarios	Número de usuarios satisfechos con el servicio recibido * 100 / Número total de usuarios atendidos	95%	94%	95%	95%	95%	95%	Implementar la divulgación de los derechos y deberes a los funcionarios y los usuarios. Formular el programa de humanización	Atención al Usuario

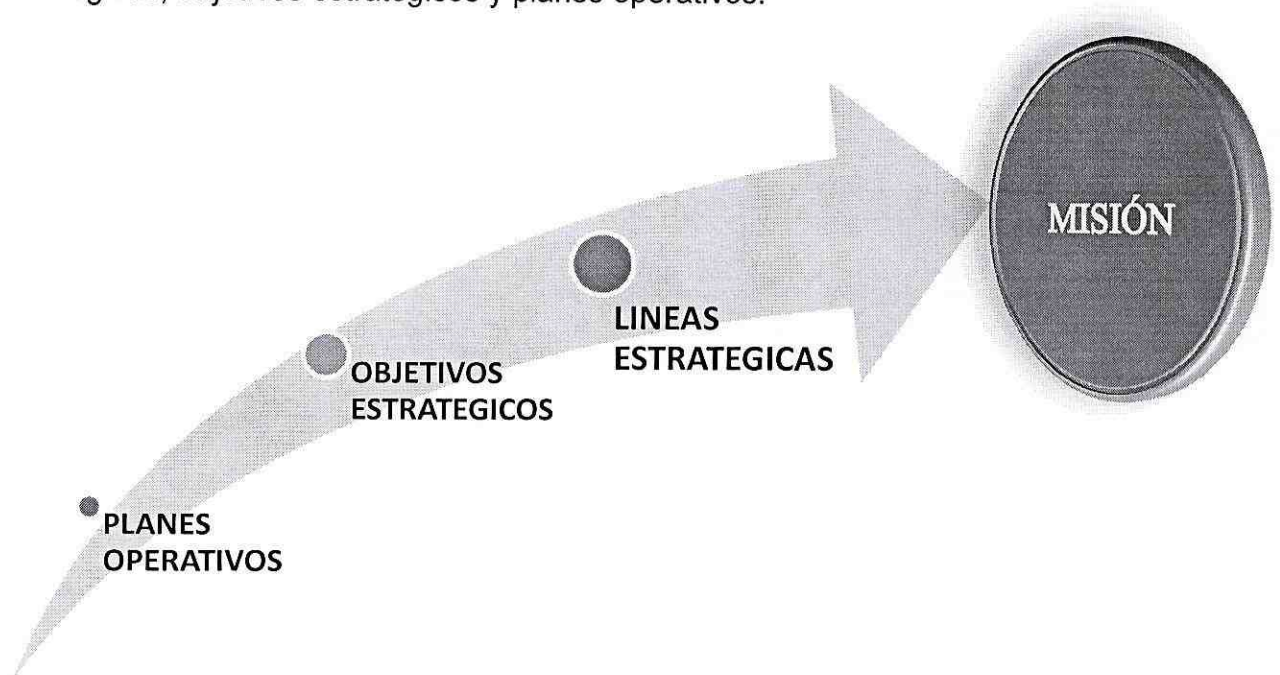
40

<b>LAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					
CÓDIGO: DI-PG-00#	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 25-01-2016	Versión: 3	Página 37 de 40	

## 10. EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

### 10.1. EJECUCIÓN DEL PLAN DEL DESARROLLO

El plan de desarrollo del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. de Ibagué – Tolima para el periodo 2016 a 2020, se ha estructurado en tres niveles: Líneas estratégicas, objetivos estratégicos y planes operativos.



Articulación del plan de desarrollo y planes operativos.

El cumplimiento del plan de desarrollo se concreta a través de la ejecución de los planes operativos anuales, que permiten alcanzar las metas establecidas en los objetivos estratégicos.


### 10.2. SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

El seguimiento y la evaluación al plan de desarrollo permite autoevaluar la gestión y adoptar medidas para cumplir los compromisos oportunamente e informar a las entidades de control y comunidad del avance del mismo.

Para la evaluación del plan de desarrollo se evaluara a través del formato DI-FR-003, donde se formula y evalúa el cumplimiento del mismo, la evaluación se realizara de forma semestral.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
<i>firma:</i> _____ Nombre: JOHN ALBERTO LEGUIZAMO T. Cargo: Jefe Oficina de Planeación y Calidad	<i>firma:</i> _____ Nombre: JOHN ALBERTO LEGUIZAMO T. cargo: Jefe Oficina de Planeación y Calidad	<i>firma:</i> _____ nombre: ALFREDO JULIO BERNAL CAÑON cargo: Agente Especial Interventor

4

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 38 de 40	

La fuente de información para la autoevaluación del plan de desarrollo son las evaluaciones de los planes operativos que es responsabilidad de los líderes de procesos.

Los responsables de los planes operativos deben informar trimestralmente y en forma oportuna la evaluación de las acciones desarrolladas en el periodo inmediatamente anterior, incluyendo las evidencias para evaluar el grado de avance y resultados obtenidos.

Los datos entregados deben ser coherentes con las acciones y las metas que se pretenden alcanzar. Estos datos deben ser validados antes por los dueños de los procesos o servicios.

La oficina de control interno realizara auditoria a estos datos, generando los respectivos informes de seguimiento en el componente de planes operativos anuales.

La oficina de Planeación y calidad en coordinación con los responsables de los planes operativos elaborara el informe de seguimiento consolidado por lineas y objetivos estrategicas del plan de desarrollo indicando el grado de avance.

### **10.3. ANALISIS DE RESULTADOS Y DESVIACIONES**

La oficina de planeación y calidad con los coordinadores de los procesos analizaran los resultados de los informes de seguimiento estableciendo las desviaciones, así como las causas de la misma.


En reunión del Comité Directo se presentara el informe de seguimiento y los analisis de las desviaciones, una vez revisadas las causas de las mismas se propondan las acciones de mejora para ajustar las desviaciones y asegurar el cumplimiento de las metas programadas.

Este analisis y acciones de mejoramiento se consignaran en el acta de comité y en plan de mejoramiento institucional.

### **10.4. IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO**

Las acciones contempladas en el plan de mejoramiento Institucional para correguir las desviaciones encontradas y asegurar el cumplimiento de los objetivos Institucionales deben ser ejecutadas por los responsables de los procesos y realizarse el seguimiento, evaluación y cierre en el formato establecido por la Oficina de Planeación y Calidad.

40

<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>				
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	

## 10.5. EVALUACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO

Anualmente la gerencia debe presentar a la Junta Directiva y comunidad el informe de cumplimiento de los logros establecidos en el plan de desarrollo, en el componente de Direccionamiento y Gerencia.

Gestión del plan de Desarrollo = No de metas del plan operativo cumplidas/No de metas programadas

Estandar para cada año:  $> o = 90\%$  (cumplimiento mayor o igual al 90%)

Cada año en el mes de enero se consolidará la evaluación de la gestión del plan de desarrollo, teniendo como base los informes y evaluaciones de ejecución de los planes operativos.

## 10.6. SOCIALIZACIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y EL PLAN DE DESARROLLO

El proceso de socialización se realiza con el proposito de comunicar a toda la organización el Direccionamiento Estrategico y el Plan de Desarrollo, alineando los objetivos y metas establecidos con el desarrollo de los procesos de las diferentes áreas para posibilitar su cumplimiento.

La socialización del plan de desarrollo y Direccionamiento Estrategico esta dirigido a todos los grupos de interes del Hospital.

El Direccionamiento Estrategico y el Plan de Desarrollo se socializara en las diferentes reuniones de personal, correos electronico, intranet, salvapantallas, rendición de cuentas a la comunidad, reuniones con asociaciones de usuarios, jornadas de inducción y reinducción.


Estas actividades se realizaran cada año, incluyendo los informes de avance de las vigencias anteriores.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

República de Colombia. Departamenta Nacional de Planeación. (2015). *Plan de Desarrollo Nacional para la vigenica 2014-2018*. Bogotá: DNP.

4



<b>PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020</b>					 <small>FUNDACIÓN</small> <b>Federica Utrera Acosta</b> <small>1911 - 2011</small>
CÓDIGO: PC-PG-003	Fecha de elaboración: 05-12-2006	Fecha de actualización: 22-02-2016	Versión: 5	Página 40 de 40	

**12. CONTROL DE REGISTROS**

No aplica

**13. CONTROL DE CAMBIOS**

No aplica

*Handwritten mark*