

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

### **ACUERDO No. DE 2.010**

“ 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:

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

### **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 convenios con 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

---

## **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

---

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

### **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.
  - **ATENCION AL USUARIO:** Conformada por el conjunto de unidades orgánico
-

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

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

---

## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

---

**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 Leguízamo 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 Cedral, 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
<b>SUBSIDIADA</b>	27.441	17.733	16.018	21.900	35.724	19.453	5.581	5.673	2.731	152.254
<b>VINCULADA</b>	16.148	5.899	8.174	8.371	11.803	9.103	1.644	1.031	944	63.117
<b>TOTAL</b>	<b>43.589</b>	<b>23.632</b>	<b>24.192</b>	<b>30.271</b>	<b>47.527</b>	<b>28.556</b>	<b>7.225</b>	<b>6.704</b>	<b>3.675</b>	<b>215.371</b>

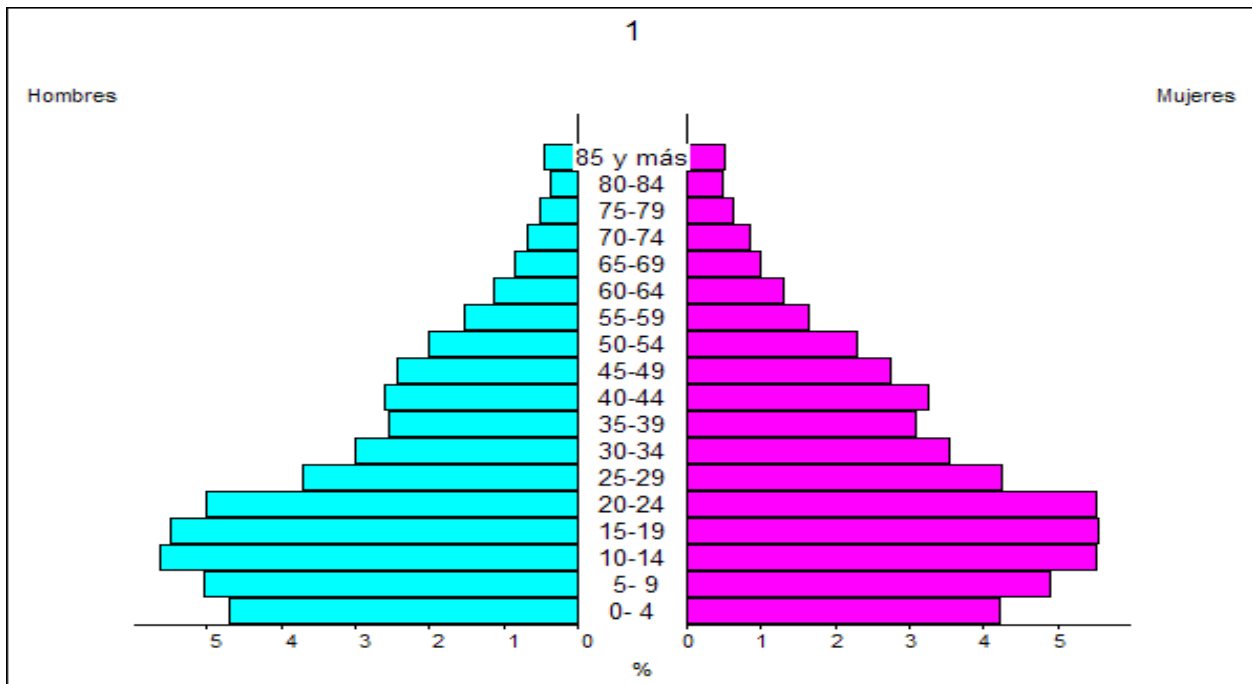
**Fuente: Oficina Sistemas ESE CEO**

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.

---



## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012



### 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. 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

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

- ✓ 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
        - 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
-

## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

- 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	9.596	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	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

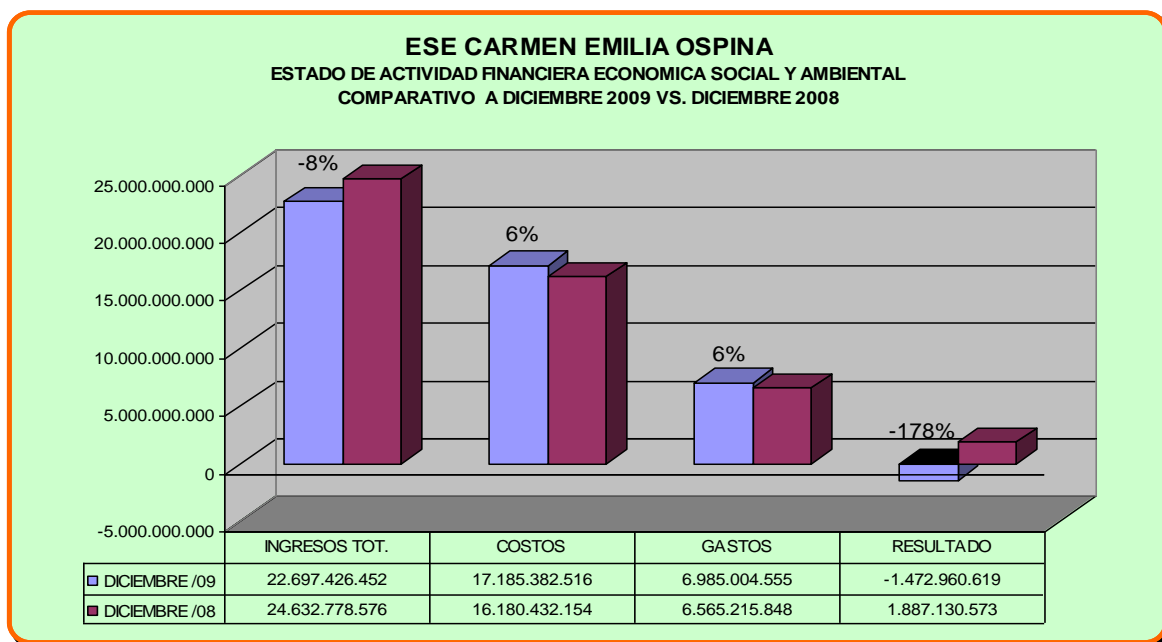
Como se puede observar todas las actividades promedio mes compradas entre el año 2009 y 2010, se han reducido a excepción de la hospitalización, debido al recorte de la oferta de servicios, lo que ocasiona a su vez una disminución de ingresos

## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

### 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 año 2008, como se observa en la gráfica siguiente

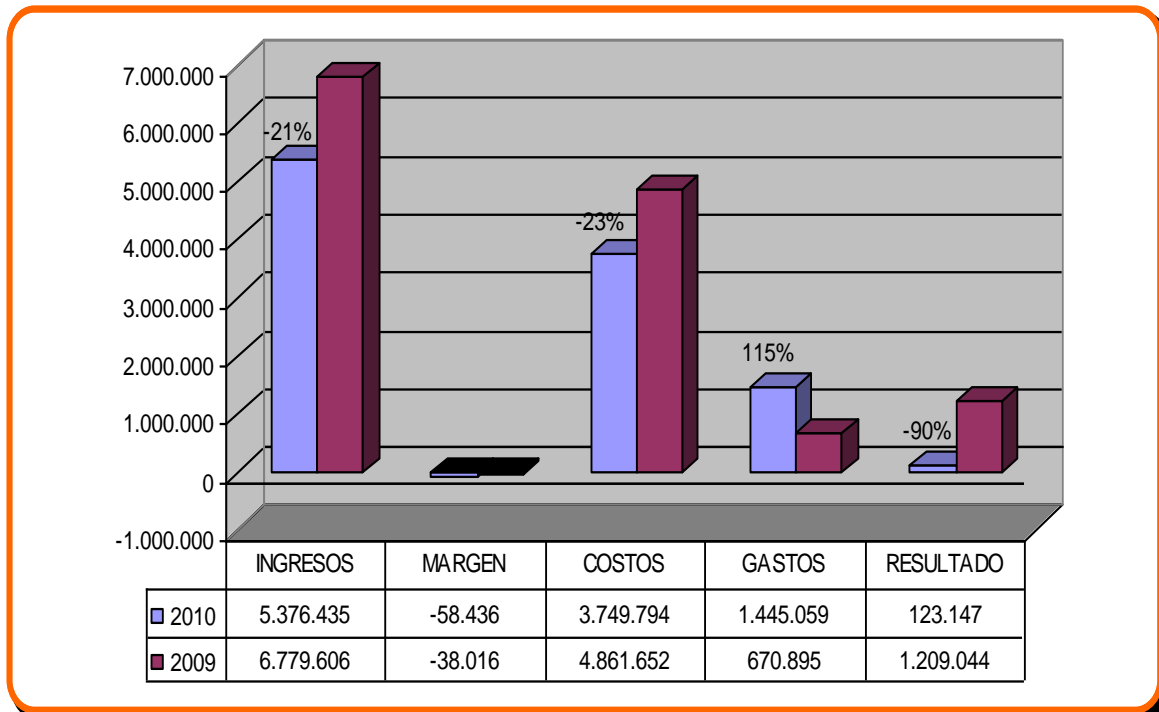


Fuente: Área Financiera ESE CEO

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

**PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

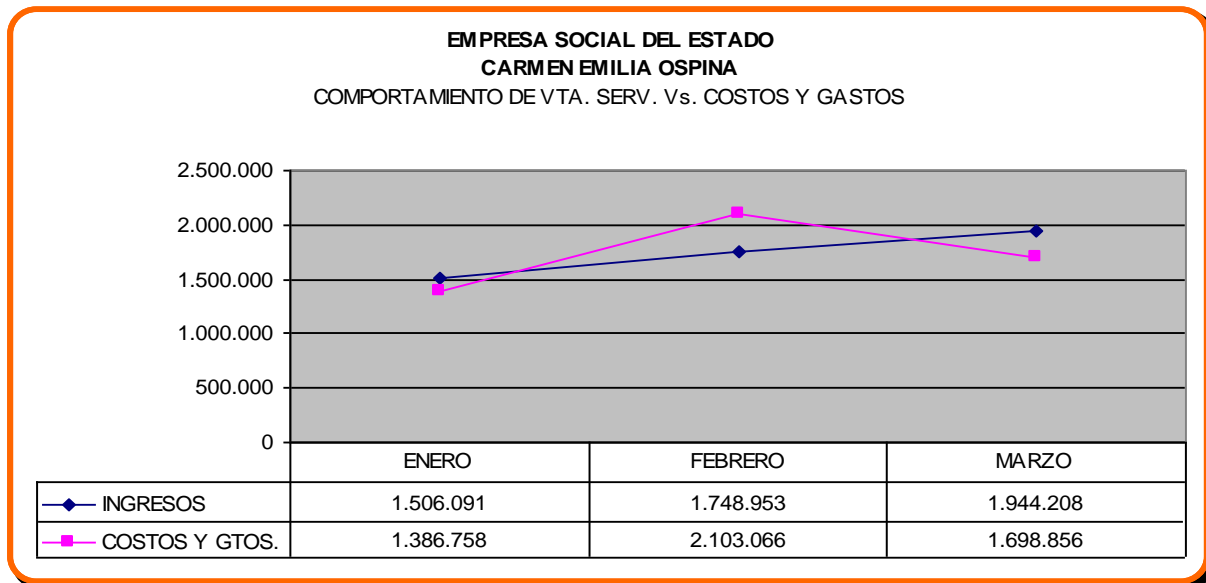
cuenta recursos que ingresaron por valor de \$3.350 millones, de convenio con el Municipio para la Construcción del CAIMI, en este periodo.



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.

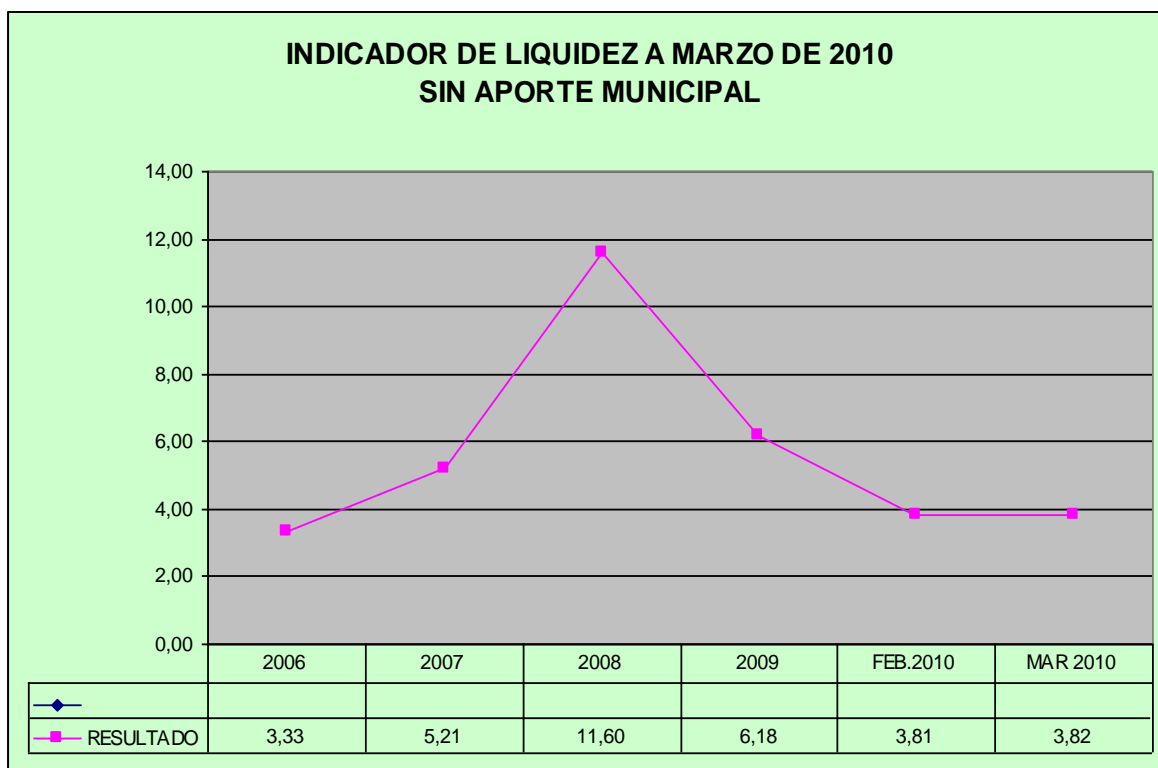
### INDICADORES DE IMPACTO

Los indicadores de impacto y sostenibilidad financiera en la actualidad son adecuados, pero tienen una tendencia negativa que es necesario intervenir para buscar el equilibrio y encauzar la empresa hacia las sendas del crecimiento; el

## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

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



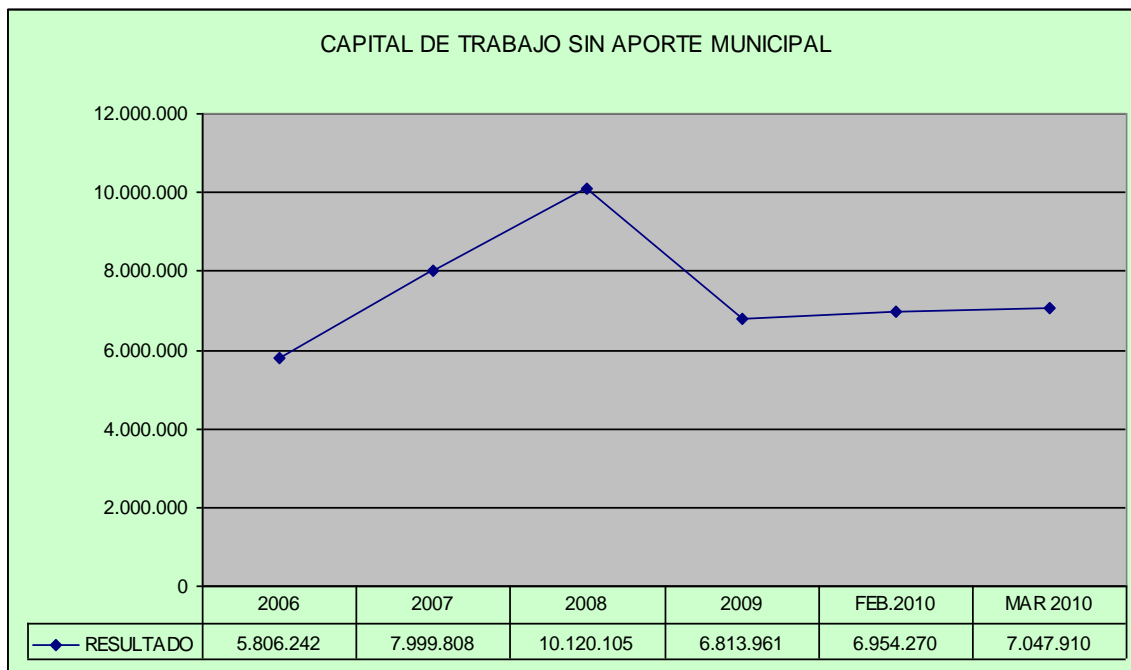
Fuente: Área Financiera ESE CEO

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 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

## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

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



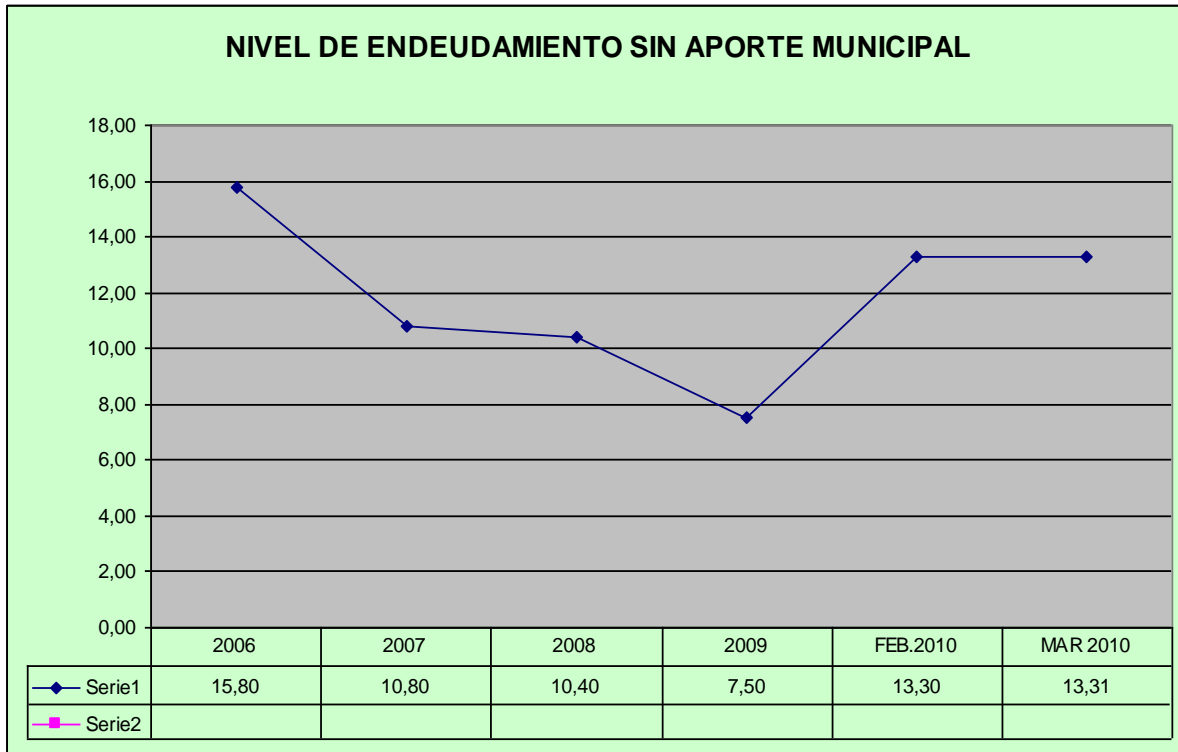
Fuente: Área Financiera ESE CEO

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.



## 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.

## 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

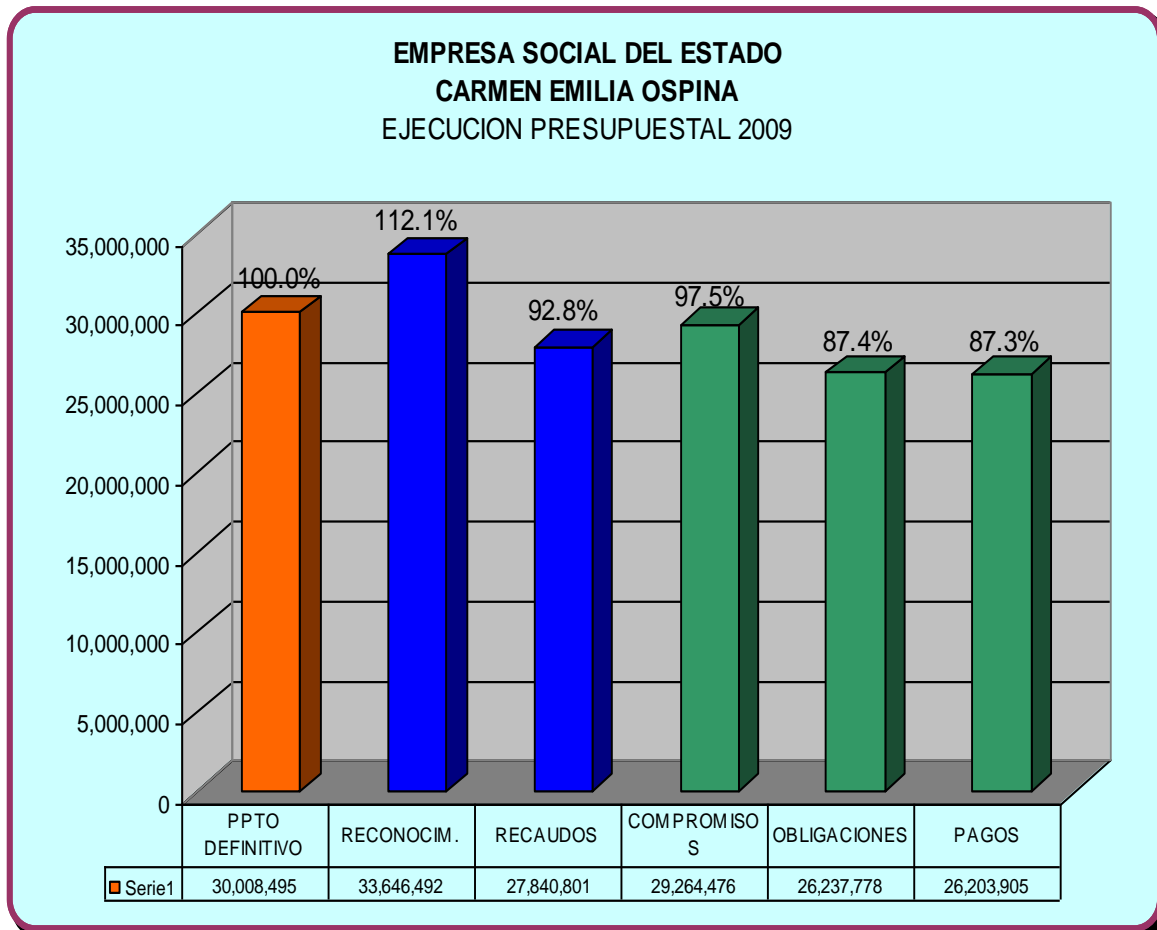
Fuente: Área Financiera ESE CEO

### 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**

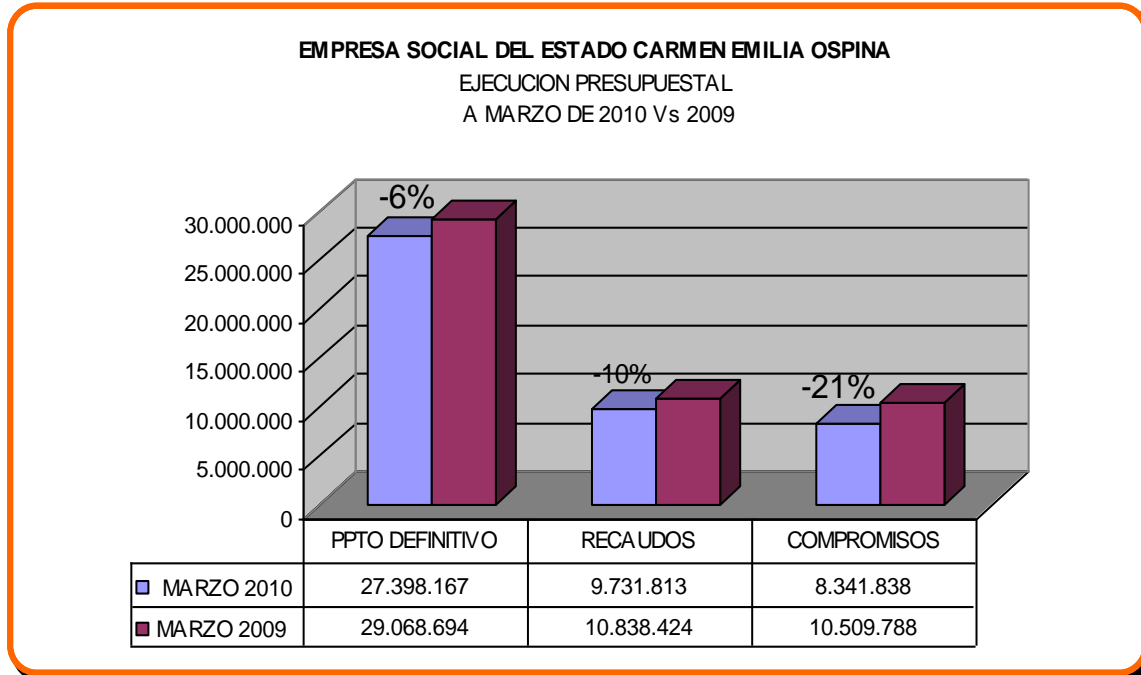


Fuente: Área Financiera ESE CEO

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

## 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.

## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

---

### 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	-	1.606.693	2.985.521	7.973.600	96.252.286	<b>112.936.020</b>
EPS-S	2.051.857.531	121.478.160	208.108.100	331.600.670	1.129.721.965	1.669.784.775	<b>5.512.551.202</b>
S.O.A.T	8.124.335	422.289	2.153.395	2.312.143	3.879.774	20.508.162	<b>37.400.098</b>
OTRAS ENTIDADES	7.166.290	864.584	738.200	2.830.516	4.761.452	24.015.245	<b>40.376.287</b>
SECRETARIA SALUD MPAL	1.635.256.347	157.525.849	-	166.210.200	-	468.663.308	<b>2.427.655.704</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3.706.522.423</b>	<b>280.290.882</b>	<b>212.606.388</b>	<b>505.939.050</b>	<b>1.146.336.791</b>	<b>2.279.223.776</b>	<b>8.130.919.311</b>
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

<b>PROCESOS DE CARTERA E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA</b>			
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

## 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



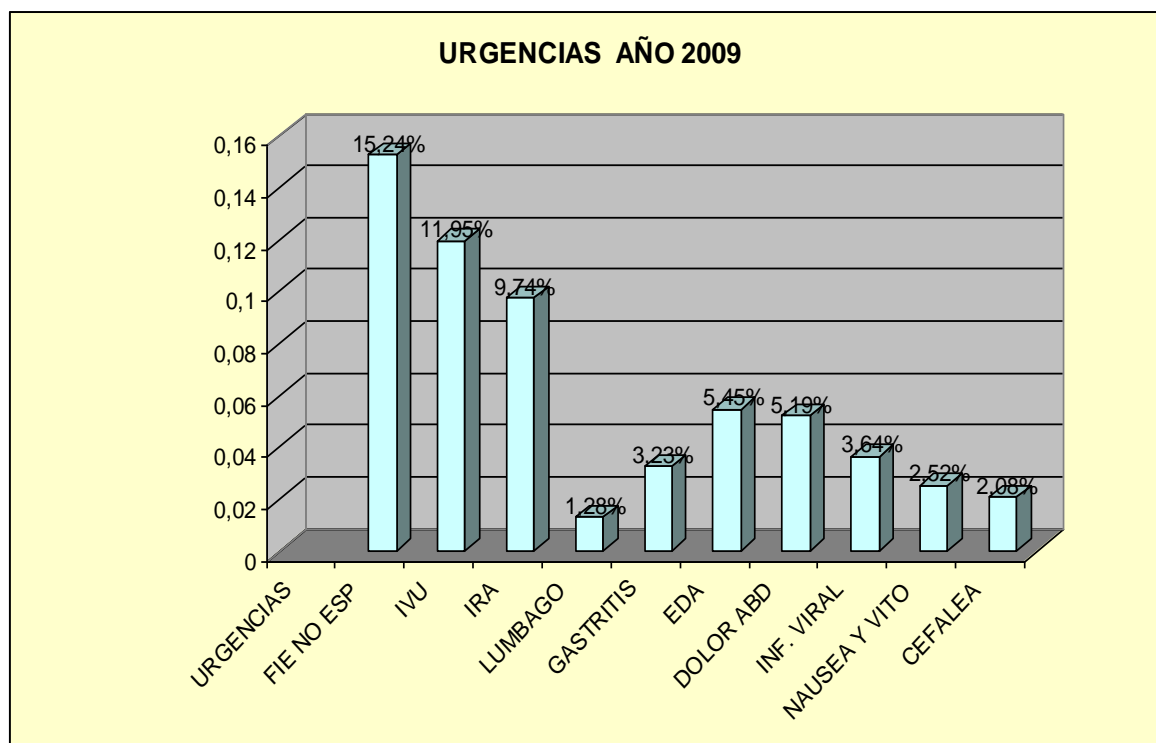


## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

### 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

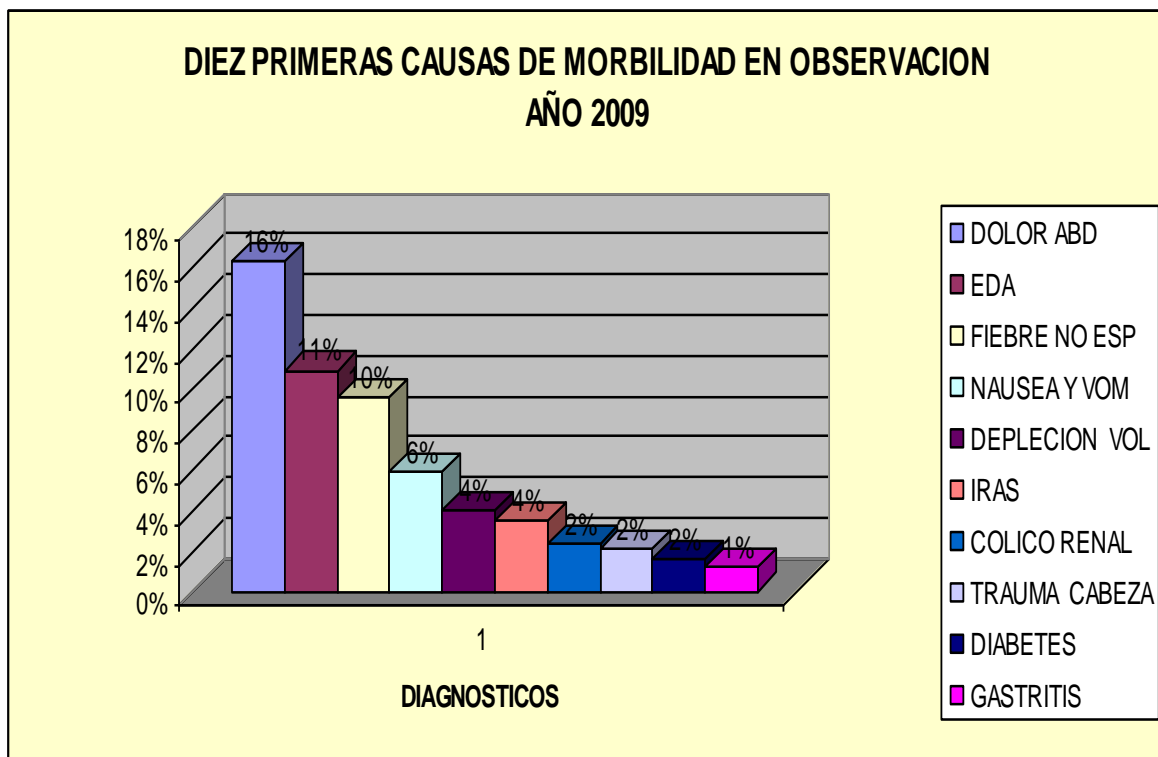


## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

### 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

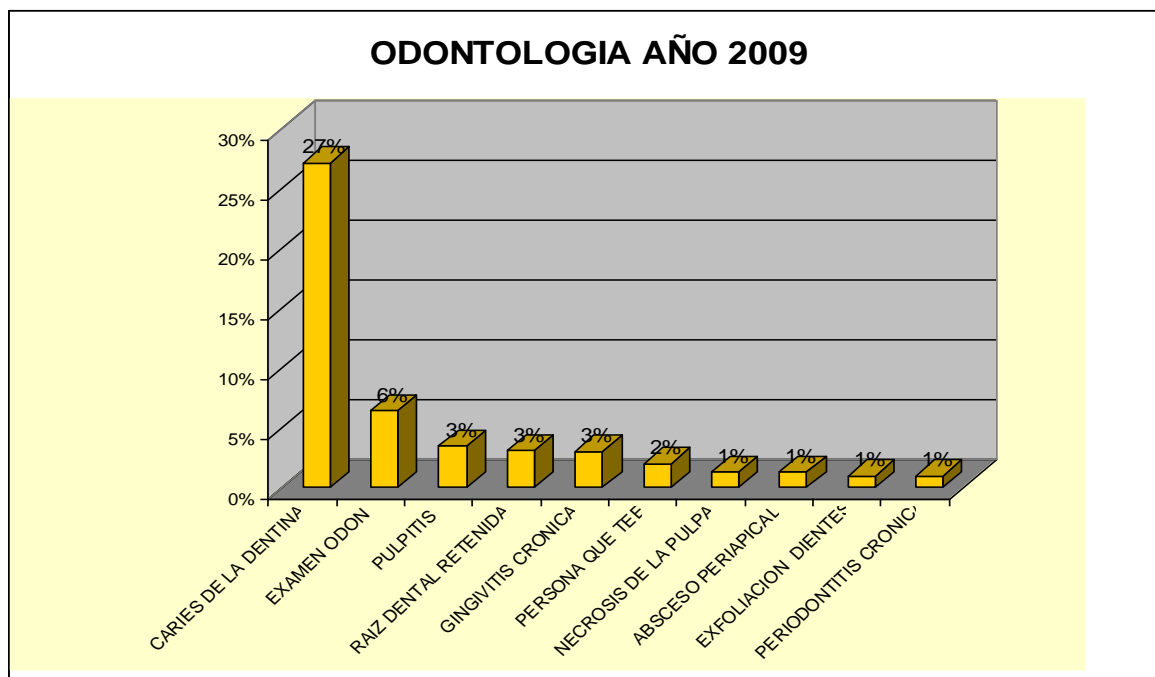


## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

### 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

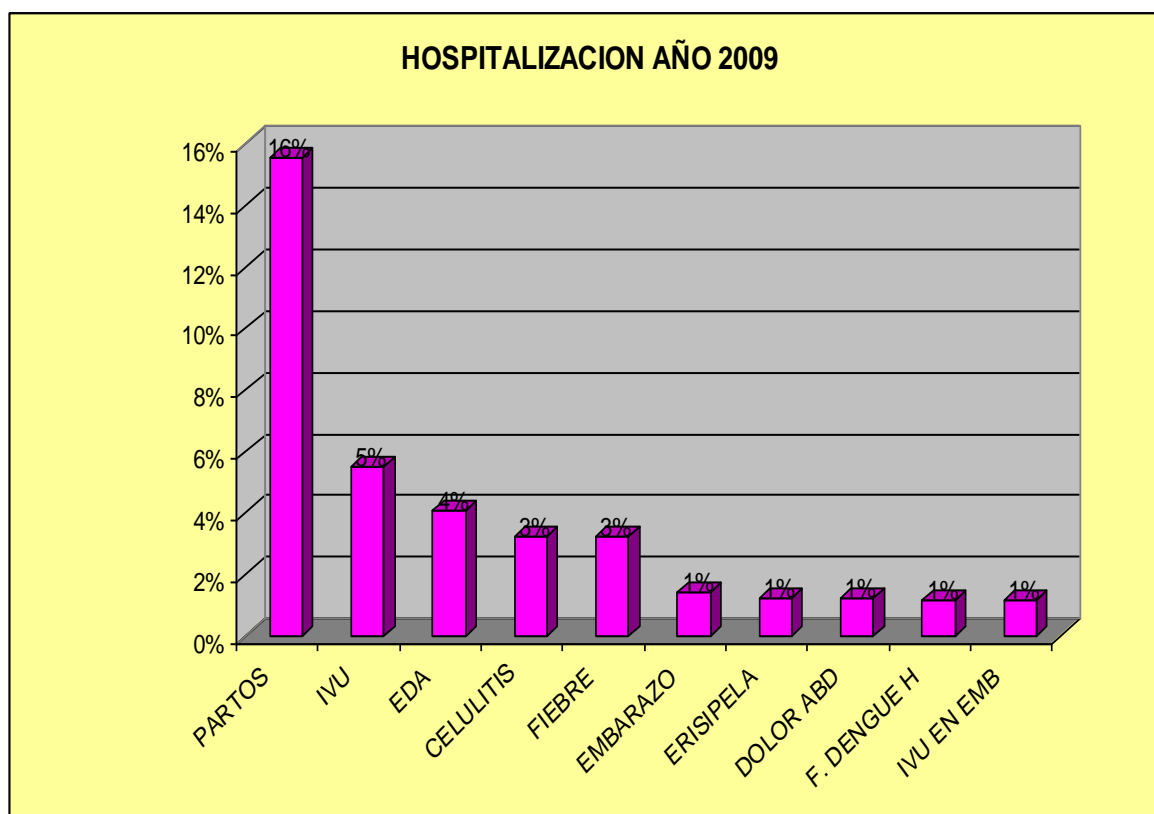


## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

### 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
$119666/62591= 1.91$ 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
$7218785/144061= 50.1$ Min.	$10015389/196445=50.9$ 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
$1/1609_0.06\%$	$9/1425=0.63\%$	$0/89=0$

---

## 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
$21653/22533=96.1\%$	$22865/23341=97.9\%$	$1909/2006= 95.2\%$

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 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.

---

## 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 realizo 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



## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

		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.

### 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 realizó 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

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.

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

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

---

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

### **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.

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

---

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

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.

#### **➤ 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,

---

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

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 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.

---

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

### **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**

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

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

### ➤ **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.

#### - **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.

---



## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

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.

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

### **- Plan Obligatorio de Salud (POS)**

---

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

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.

### **- 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.

---

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

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 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 .

---

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

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:

## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

### DOFA

<p><b>DEBILIDADES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispersión del área administrativa</li> <li>2. No existen procesos de selección de personal</li> <li>3. Deficiencia en la estructura organizacional</li> <li>4. NO existe un sistema de costos implementado</li> <li>5. Deficiencia en la Operacionalización del sistema de control interno</li> <li>6. Pérdida de participación en el mercado</li> <li>7. Desequilibrio presupuestal 2010</li> </ol>	<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Innovación tecnológica, equipos e infraestructura</li> <li>2. Apoyo del Gobierno Municipal</li> <li>3. Ampliación de servicios complementarios</li> <li>4. Exploración de nuevos mercados</li> <li>5. Satisfacción del usuario</li> <li>6. Ampliación de cobertura del régimen subsidiado</li> </ol>
<p><b>FORTALEZAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Naturaleza Jurídica</li> <li>2. Personal Capacitado para atender servicios</li> <li>3. Situación financiera actual con indicadores positivos</li> <li>4. Cobertura urbana y rural</li> </ol>	<p><b>AMENAZAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inestabilidad jurídica del sector</li> <li>2. Cambios inesperados en la política de salud</li> <li>3. No contar con información de costos que permita el mercadeo y venta de servicios</li> <li>4. Incertidumbre sobre las cifras presupuestales del 2.010.</li> <li>5. Las EPS están conformado sus propias IPS</li> <li>6. Contratación de aseguramiento centralizado de las EPS con sede centralizada diferente a Neiva</li> <li>7. IPS que ofertan servicio a menor precio</li> </ol>

## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

### ESTRATEGIAS MATRIZ DOFA

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

#### 4. PLATAFORMA ESTRATEGICA

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

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.**

---

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

### **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.

➤ **Integralidad**

---



## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

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**

---

## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

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
<p>1. Mejorar el acceso a los servicios de salud</p> <p>2. Mejorar la calidad de la atención en salud.</p>	<p>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.</p>	<p>Llevar "el modelo de atención familiar al "20% de las familias de los usuarios subsidiados de la institución</p>	<p>Conocer los Núcleos Familiares por comuna de origen de Nuestros Usuarios</p>	<p>Priorizar el 20% de los grupos familiares de usuarios identificados por comunas</p>	<p>Numero de familias priorizadas / Numero total de Familias Referenciadas.</p>
			<p>Determinar los Factores de Riesgo en la Población Objetivo.</p>	<p>Determinar factores de riesgos al 100% de las familias priorizadas</p>	<p>Numero de familias con factores de riesgo determinados / Numero de familias priorizadas</p>
			<p>Priorizar las Acciones por Morbilidad Asociada.</p>	<p>Determinar acciones a implementar al 100% de las familias priorizadas</p>	<p>Numero de familias con plan de atención / Numero de familias priorizadas.</p>
			<p>Focalizar la población por grupos de atención para Atención Familiar.</p>	<p>Atender al 100% de las familias priorizadas por grupos de atención</p>	<p>Numero de familias atendidas / Numero de familias priorizadas.</p>
			<p>Prestación del Servicio Ambulatorio de Salud por "Modelo de Atención Familiar".</p>	<p>Aplicar el "modelo de atención familiar" al 100% de los grupos familiares priorizados</p>	<p>Numero de familias con Modelo implementado / Numero de familias priorizadas.</p>

## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

POLITICAS NACIONALES	OBJETIVOS CORPORATIVOS	ESTRATEGIAS O PROYECTOS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES
<p>1. Mejorar el acceso a los servicios de salud</p> <p>2. Mejorar la calidad de la atención en salud.</p>	<p>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.</p>	<p>Desarrollo de "estilos de vida saludable" en el 20% de los núcleos familiares priorizados</p>	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

## 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

## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012

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

## 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

## 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
				Modernizar la estructura funcional de la empresa	Adecuar la estructura funcional de la empresa
		Implementar el sistema de archivo de gestión documental	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



## **PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2010-2012**

---

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

Dado en Neiva, a los

**LUIS MIGUEL LOSADA POLANCO**  
Presidente

**DORIS JANETH GONZALEZ CLAVIJO**  
Secretaria