

V. ESTABLECIMIENTO DE ACCIONES Y COMPROMISOS DE GESTIÓN

PLAN DE DESARROLLO - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE RAMIRIQUI



Empresa Social del Estado
Hospital San Vicente

NUESTRA MISIÓN

Ofrecer Servicios de Primer nivel de Atención, promocionando la salud y previniendo la enfermedad a usuarios y sus familias en el Municipio de Ramiriquí y su área de influencia, contando con Talento Humano, idóneo y comprometido con la calidad

NUESTRA VISIÓN

Ser reconocida como la primera institución Acreditada de Primer Nivel de Atención y "Hospital Verde", en el Departamento de Boyacá, impactando en el Bienestar de los Usuarios y sus familias a través del mejoramiento continuo de la calidad

1. GESTIÓN CLÍNICA – ASISTENCIAL

Objetivos Institucionales	Estrategias	Plan	Programa	Proyecto	Metas	Responsable	Indicador				
								2016	2017	2018	2019
1 Prestar con calidad, oportunidad y seguridad los servicios de salud de acuerdo a las necesidades propias del perfil epidemiológico de la población y servicios habilitados, aportando en la calidad de vida de la comunidad de Ramiriquí Boyacá	Estrategia de Implementación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad SOGC	Plan de Auditoria de mejoramiento de la calidad. (PAMEC)	Acreditación Institucional (SUA)		1. Diseñar el PAMEC el primer trimestre de cada año.	Comité Calidad	% de cumplimiento del PAMEC.				
					2. Cumplir en un 90% como mínimo el PAMEC.	Comité de Calidad					
					3. Reportar el 100% los indicadores de sistema de información para la calidad de manera mensual.	Comité de calidad	No. De informes reportados de manera mensual a EPS's				
					4. Mantener la satisfacción del usuario superior a un 90%.	Comité de calidad	% de satisfacción de usuarios.				
					5. Mantener la oportunidad de los servicios ambulatorios no mayor a 3 días.	Comité de calidad	Oportunidad de lo servicios ambulatorios en días.				
					6. Realizar el 100% de la gestión de los eventos adversos detectados.	Comité de calidad	% de gestión de eventos adversos.				
Sistema de Información de la Calidad.					7. Aplicar en un 90% la guía de hipertensión arterial.	Jefe de enfermería	% de aplicación de la guía HTA.				
					8. Mantener en un 100% los servicios habilitados.	Gerencia	No. De servicios habilitados.				
					9. Lograr la certificación de la entidad en habilitación ante la secretaría de salud de Boyacá	Comité de calidad	Certificación				
					10. Identificación previa del comportamiento epidemiológico evolutivo.	Comité Técnico - científico	% de aplicación del programa de gestión de perfil epidemiológico				
Programa de gestión del perfil					Análisis del perfil epidemiológico.	Comité Técnico - científico					

Plan de Gestión de Gerencia 2016-2019

Resolución 0710 Marzo 30 de 2012/ 743 Marzo de 2013

		epidemiológico local.		Elaboración de un programa de seguimiento y gestión del perfil epidemiológico.		Comité Técnico - científico					
				Implementación institucional.		Comité Técnico - científico					
Estrategia de desarrollo de la promoción y la prevención en Salud. PYP		Programa de Prevención de cumplimiento de EPS.s.)	Promoción y de	Cumplir las metas de las matrices de cumplimiento mayor al 86%.		Jefe de enfermería	% de cumplimiento de actividades de PYP.				
		Programa Ampliado de Inmunizaciones		Cumplimiento del programa PAI mayor al 95%.		Jefe de enfermería	% de cumplimiento de metas PAI.				
	Estrategia de Salud pública.	Plan de Salud Territorial	Programa de intervenciones colectivas.	Cumplimiento del programa PIC al 100%		Jefe de enfermería	% de cumplimiento del PST.				
Producción de servicios de atención.		Programa de convenios docente - asistenciales.		Gestionar el convenio docente - asistencial del ruralitos de las profesiones básicas.		Gerencia y Universidad	No. De convenio realizados.				
	Plan de producción de servicios.		Convenio con el SENA.	Desarrollar 1 convenio con el SENA para la capacitación de los funcionarios.		Gerencia y SENA	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.				
				Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida no mayor al 0.90.		Comité de P y P					

2. DIRECCION GERENCIAL, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA										
Objetivos Institucionales	Estrategias	Plan	Programa	Proyecto	Metas	Responsable	Indicador	2016	2017	2018
 2 Garantizar la Sostenibilidad económica para obtener un índice de rentabilidad social y financiera, contando con los recursos técnicos, tecnológicos y de infraestructura necesaria para la	Seguimiento y evaluación periódica de los indicadores y estados financieros.	Plan de Presupuesto anual.	Plan de compras.	Contratos con las EPS's	Equilibrio presupuestal con recaudo no menor a 1.	Gerencia y control interno	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.			
					Ejecución del plan de compras no mayor al 100%	Gerencia y control interno				
					Contratación capitada con las distintas EPS's no menor a 25 puntos de la UPC, en promedio.	Gerencia y Auditoría médica	Puntos de contratación por contrato capitado.			
					Facturación entregada no mayor a 10 días hábiles cada mes.	Gerencia y Auditoría médica	No. de factura entregadas dentro de los 10 días hábiles.			
					Glosas no mayor al 2% de los eventos facturados.	Gerencia y Auditoría médica	% de glosas			
	Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que lo demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.				Gestión de cobro de cartera mensual.	Gerencia y Auditoría médica	No. de cobros de cartera.			

NIT. 891800664-9

Plan de Gestión de Gerencia 2016-2019

Resolución 0710 Marzo 30 de 2012/ 743 Marzo de 2013

87

“Todos Somos Salud”

Plan de Gestión de Gerencia 2016-2019

Resolución 0710 Marzo 30 de 2012/ 743 Marzo de 2013

desarrollo organizacional, la gestión y el control de la empresa, establecidos por la ley y normatividad vigente.		Sistema general de archivo	de	Elaborar y aprobar las tablas de retención documental de la entidad	Gerencia	Tabla de retención				
5 Fortalecer los sistemas de gestión Institucional para mejorar continuamente los procesos institucionales y el proceso efectivo de reporte de información a entes de control y ciudadanía en general.		Programación de apertura de buzones y encuestas de satisfacción de SIAU.		Cumplimiento 100% del programa del SIAU n relación a las peticiones, quejas y reclamos PQR.	SIAU	% de cumplimiento programación SIAU.				
		Plan de operatividad MECI.		Mantener la implementación y operatividad del MECI mayor al 80%.	Control interno	% de avance del MECI.				
		Plan de auditoria de Control Interno		Desarrollo mayor del 90% de los planes de mejoramiento institucional.	Funcionarios auditados	% de cumplimiento de planes de mejora				
				Elaboración del plan de auditoria de Control Interno.	Control interno	% de cumplimiento del plan de auditoria de Ci.				
				Desarrollo mayor al 90% del programa de auditoria de control Interno.	Control interno					
		Programa de anual comités		Elaboración del cronograma de comités institucionales.	Gerencia	% de cumplimiento de programa anual de comités.				
				Realización del 90% de los comités, institucionales según periodicidad establecida en cada uno.	Gerencia					
		Plan de administración de riesgos hospitalarios.		Identificación de riesgos	Gerencia y control interno	% de cumplimiento del plan de administración de riesgos hospitalarios.				
		Plan Hospitalario de Emergencias. PHE		Elaboración del plan	Gerencia y control interno					
				Implementación del plan en un 100%.	Gerencia y control interno					
Desarrollar procesos de administración y manejo de riesgos administrativos y asistenciales.				Actualización y socialización del PHE bianual.	Gerencia	% de cumplimiento del PHE.				
				Realización de una simulación y un simulacro anual.	Gerencia					
		Programa de capacitación temas PHE.		Cumplimiento del 100% de las capacitaciones programadas.	Gerencia					
		Programa de prevención de riesgos profesionales – laborales.		Administración y gestión de riesgos profesionales y accidentes de trabajo en un 100%.	COPAS	% de cumplimiento del programa de prevención de riesgos laborales.				

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRQUI
NIT: 891800664-9

"Todos Somos Salud"

Plan de Gestión de Gerencia 2016-2019

Resolución 0710 Marzo 30 de 2012/ 743 Marzo de 2013

6	Implementar buenas prácticas y procesos de sostenibilidad y cuidado del medio ambiente.	Estrategia de información permanente institucional.	de y	Plan de información y comunicación.				Reportar los 4 informes anuales de los RIPS a la Junta Directiva.	Gerencia	% de cumplimiento del plan de información y comunicación.	
								Reportar oportunamente y en un 100% la información correspondiente a la circular única a la Supersalud.	Jefe de enfermería		
								Reportar oportunamente y en un 100% la información correspondiente al decreto 2193 de 2004.	Contador		
								Reporte oportuno y en un 100% de la información asistencial a los entes de control y EPS's.	Jefe de enfermería		
								Reportar oportunamente y en un 100% los informes de Control Interno al DAFP y el sitio web de la institución.	Control Interno		
								Reportar oportunamente y en un 100% los informes de derechos de autor.	Control Interno		
								Reportar oportunamente y en un 100% los informes que le asisten a la contraloría departamental.	Tesorería		
								Actualizar el PGIRHASA.	Comité de Gestión de residuos		
								Socializar el PGIRHASA de manera semestral.	Comité de Gestión de residuos		
								Evaluar la adherencia e impacto del PGIRHASA cada año.	Comité de Gestión de residuos		
		Programa Hospital Sostenible	de	Plan de Gestión Integral Residuos Hospitalarios PGIRHASA				Ejecutar el plan de capacitación anual del PGIRHASA en un 100%.	Comité de Gestión de residuos	% de cumplimiento del PGIRHS.	
								Participar en el programa hospital sostenible en la institución.	Gerencia		
											Ingreso al programa.



JUAN PABLO ALVAREZ NAJAR
Gerente