

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 JUNTA DIRECTIVA		
		COD. PDC 1.3 ELABORO	REF. ACUERDO R.S.C.R.

ACUERDO N° 004 DE 2013

(Junio 20 de 2013)

"Por el cual se aprueba el plan de desarrollo institucional del Hospital San Vicente de Paul Empresa Social del Estado"

La Junta Directiva del Hospital San Vicente de Paul Empresa Social del Estado., en ejercicio de sus facultades legales, estatutarias y en especial las conferidas por el Acuerdo de la Junta Directiva No 006 De 1996 y la ordenanza de la asamblea de Córdoba No 035 de 1996

CONSIDERANDO

Que es deber de la junta directiva aprobar el plan de desarrollo institucional de acuerdo al numeral 2 del Artículo 11 del Decreto 1876 de 1.994.

Que es necesario aprobar el plan de desarrollo de la Empresa Social del Estado hospital san Vicente de Paul de lorica para el periodo 2.013 -2016.

Que es necesario elaborar un plan operativo anual en función del plan de desarrollo institucional.

ARTÍCULO PRIMERO. APROBACION. Apruébese el plan de desarrollo de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paul de Lorica, para el periodo 2013-2016 el cual se anexa y hace parte integral de este acuerdo.

ARTÍCULO SEGUNDO. AUTORIZACION. Autorizar al gerente del hospital para la elaboración y aprobación del plan operativo anual por áreas para el cumplimiento del Plan Desarrollo institucional.

ARTÍCULO TERCERO VIGENCIA. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición y deroga cualquier norma en contrario.

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 1

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M

	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 JUNTA DIRECTIVA		
		COD. PDC 1.3 ELABORO	REF. ACUERDO R.S.C.R.

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE.

Dado en Iorica, a los veinte días (20) de junio de 2013


DIMAS SAFAR VAQUERO
 Presidente Junta Directiva


VICTOR MANUEL ARIZA PALMA
 Secretario Junta Directiva

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 2

 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>NTL 800204133-7 Loria - Córdoba Cta 56 N°: 17-184 Tel: 7735886 - 7735481 Barrio San Pedro</small></p>	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
	COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M	

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2013-2016

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

2013

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 3

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M

CONTENIDO

1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.1 MISIÓN

1.2 VISIÓN

1.3 PRINCIPIOS

1.4 VALORES

2. OBJETIVOS

3. ESTRATEGIAS

4. PROGRAMAS DEL PLAN DE DESARROLLO

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 4

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M

1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.1. VISIÓN

En el año 2016, el Hospital de Iorica, será reconocido como un referente de calidad y calidez en los servicios, de gozar de una buena salud económica, ser una entidad distinguida por su responsabilidad social y gestión ambiental, retomando la confianza de la ciudadanía y las partes interesadas en sus servicios.

1.2. MISIÓN

Somos una empresa social del estado prestadora de servicios de salud de, mediana complejidad de atención, caracterizados por la moralidad y uso sagrado de los recursos, priorizando la seguridad al paciente, el mejoramiento continuo centrado en satisfacer al usuario como finalidad de la atención, con un Talento humano comprometido en los intereses del hospital por encima de los propios y eficiente en el uso de los recursos.

1.3. PRINCIPIOS CORPORATIVOS

Entendemos a nuestros usuarios como el factor más importante de nuestro accionario institucional y lo identificamos como personas plenas de derechos, por lo que nuestros esfuerzos se encaminan a satisfacer sus necesidades integrales en salud y sobrepasar sus expectativas.

Entendemos el talento humano de nuestra empresa como el factor dinamizador de nuestro mejoramiento continuo, en el cual se fundamenta toda la estrategia de la organización.

1.4. VALORES

LEALTAD: Es anteponer en cada una de sus actuaciones, el compromiso por los intereses del hospital por encima de cualquier otro.

ORGULLO: Es la manifestación del cariño y admiración por la incesante búsqueda del logro de la misión del hospital ante la comunidad y ante los demás integrantes de la familia del Hospital San Vicente de Iorica

RESPECTO: Es expresar nuestras opiniones, pensamientos y sentimientos de forma adecuada y en el momento oportuno, sin faltar ni negar los derechos de las otras personas.

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 5

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M

INSPIRACION: La continua búsqueda por no hacer lo mismo siempre buscando la innovación para el mejor servicio del hospital antes sus usuarios.

CALIDAD: Es la satisfacción y superación de las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y su familia a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación de los servicios de salud brindados por el Hospital de Lórica.

ASERTIVIDAD: Es expresar nuestras opiniones, pensamientos y sentimientos de forma adecuada y en el momento oportuno, sin faltar ni negar los derechos de las otras personas, buscando aportes valiosos para la solución de los problemas del hospital.

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 6

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M

2. OBJETIVOS

1. Fortalecer el desarrollo y direccionamiento estratégico de la entidad.
2. Fortalecer un modelo de gestión del talento humano que genere satisfacción, motivación en el cliente interno.
3. Fortalecer el Sistema de Información e Informática de la ESE, para un mejoramiento en la prestación del servicio y la toma de decisiones.
4. Fortalecer la infraestructura de la ESE para lograr un mejoramiento, aumento de la prestación de servicio.
5. Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas.
6. Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.
7. Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social.
8. Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
9. Garantizar los mecanismos de la participación ciudadana y comunitaria acordes.
10. Articular una adecuada defensa jurídica del hospital san Vicente de Paul.

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 7

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M

3. ESTRATEGIAS

El plan de desarrollo es la brújula que marca las pautas que se deben seguir en la búsqueda del mejoramiento continuo de la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL. Por tanto es importante definir las estrategias para cumplir con las metas y objetivos del plan.

1. Actualización del direccionamiento estratégico, mediante revisión y modificación de planes, programas, modelo de procesos en lo que sea pertinente.
2. Implementar Programas de humanización en los servicios, de incentivos y bienestar social.
3. Actualización y re implementación de los sistemas de información el programa de gestión documental.
4. Desarrollar proyecto para el mejoramiento de la capacidad tecnológica que incluya la renovación de equipos para los servicios actuales y los requeridos para la apertura de nuevos servicios.
5. Desarrollar proyectos para el mejoramiento de la infraestructura para aumentar la productividad y los estándares de calidad.
6. Aumento de productividad con el fortalecimiento de los servicios existentes y creación de nuevos de acuerdo a las necesidades del entorno.
7. Aumentar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, realizando priorización de los mismos.
8. Implementación de un programa de saneamiento fiscal y financiero que permita la recuperación económica de la E.S.E.
9. Fortalecer los procesos de facturación y prevención de glosas
10. Mejoramiento de la gestión de la recuperación de cartera

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 8

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M

11. Fortalecimiento de la participación ciudadana, mediante el cumplimiento de mecanismos de rendición de cuentas, ejecución del plan anticorrupción, alianza de usuarios, que permitan a la comunidad participar en el mejoramiento del desarrollo del hospital.
12. Implementación de un programa para la prevención del daño antijurídico y un programa para la defensa jurídica.

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 9

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M

4. PROGRAMAS PARA EL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DE 2013-2016.

Programa	Acción o actividad	Meta	Fecha	Responsable
Direccionamiento estratégico	Formular y diseñar planes operativos por áreas.	Establecer planes operativos anuales por áreas y servicios	Anual	Gerencia Planeación Control Interno
	Realizar seguimiento y evaluación al plan de gestión	Divulgar y evaluar el plan de gestión	Anual	Gerencia Jefes de procesos
	Actualización de los planes de manejo de riesgos.	Planes de manejo de riesgo.	2013-2014	Gerencia Planeación Jefes de áreas y responsables de procesos
	Estructurar el Mapa de procesos teniendo en cuenta la situación actual de ESE	Mapa de procesos actualizado	2014	Gerencia Planeación SIAU Calidad Control Interno
	Actualizar Programa de servicio de atención e información del usuario SIAU	Programa actualizado	2014	Gerencias Planeación
	Actualización de los procesos y procedimientos de forma priorizadas.	Procesos y procedimientos actualizados	2014	Gerencia Área logística Planeación

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 10

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M

Programa	Acción o actividad	Meta	Fecha	Responsable
Gerencia del Recursos Humanos	Diseñar y ejecutar Programa de capacitación, inducción y reinducción para mejorar la productividad y la competencia del talento humano en la entidad	Ejecución del Programa de capacitación	Anual	Recursos humanos
	Realizar Programa de bienestar social, incentivos y estímulos	Programa de bienestar social desarrollado.	Anual	Recursos humanos Área logística
	Programas de Salud Ocupacional y Ambiental	Cumplir con las actividades del plan	Anual	Recursos humanos Comité del COPASO
	Evaluación de desempeño	Resultados de evaluación	Anual	Recursos humanos Jefes de áreas y encargados de proceso
	Realizar diagnóstico para efectuar la planeación del talento humano	Planeación del talento humano	2014	Recursos humanos
	Desarrollar y ejecutar Programa para evaluar las expectativas y necesidades, clima organizacional y las competencias y desempeño del recurso humano.	Programas ejecutados.	2014	Recursos humanos
	Ajustar el Manual de funciones y el plan de cargo	Ajuste del plan de funciones y plan de cargo.	2015	Recursos humanos

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 11

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M

Programa	Acción o actividad	Meta	Fecha	Responsable
Gerencia de la Información	Actualización y desarrollo del manual del diligenciamiento de la historia clínica.	Manual desarrollado e implementado	2013-2014	Planeación Área asistencial Calidad Archivo de historias clínicas
	Actualización y re implementación del software Salud System, incluyendo el módulo de historia clínica.	Actualización y re implementación del software	2013-2014	Sistemas Salud system
	Desarrollar y gestionar un Plan de comunicación para el cliente interno y externo.	Plan de comunicaciones	2014-2016	Gerencia Área logística Planeación Grupo del estándar de gerencia de la información
	Desarrollar los procesos de la planificación de la gestión de la información en la ESE.	Determinar las necesidades de información, flujo de datos y demás	2014-2015	Sistemas Grupo del estándar de gerencia de la información
	Revisión y actualización de las tablas de retención documental y de valoración documental.	Estandarizar y adoptar la documentación teniendo en cuenta la norma	2014-2015	Gerencia Archivo central Planeación

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 12

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M

Programa	Acción o actividad	Meta	Fecha	Responsable
Gestión Tecnológica	Realizar Mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos.	Mantenimiento de los equipos de la ESE	Anual	Sistemas Mantenimiento
	Gestionar la adquisición de equipos biomédicos.	Gestionar proyecto para el mejoramiento y adquisición de nuevas tecnologías para la ESE.	Anual	Gerencia Grupo del estándar de gestión tecnológica
	Desarrollar política de renovación tecnológica.	Suplir necesidades de las herramientas y equipos tecnológicos.	2013-2015	Gerencia Planeación Grupo del estándar de gestión tecnológica
	Fortalecimiento de la gestión de tecnovigilancia, Farmacovigilancia y reactivovigilancia	Mejorar el cumplimiento de los criterios de tecnovigilancia, Farmacovigilancia y reactivovigilancia	2014-2016	Farmacia Calidad Comité de tecnovigilancia, Farmacovigilancia y reactivovigilancia
	Implementación de políticas de seguridad informática y auditoria	Establecer políticas de seguridad en la empresa	2014	Gerencia Sistemas Grupo del estándar de gestión tecnológica

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 13

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M

Programa	Acción o actividad	Meta	Fecha	Responsable
Gerencia del Ambiente Físico	Fortalecimiento del programa del PGIRHS.	Mejorar el programa del PGIRHS.	Anual	Gestión ambiental
	Fortalecer el programa de mantenimiento de la infraestructura física de la ESE.	Mejorar el mantenimiento de la infraestructura física	Anual	Área logística Mantenimiento
	Elaboración del Programa para Promover la cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico	Manejo adecuado del ambiente físico y área de trabajo	2013-2015	Grupo del estándar del ambiente físico Planeación
	Estructurar acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada	Lograr unas condiciones de atención optimas en cuanto al ambiente físico	2013-2015	Grupo del estándar del ambiente físico Planeación
	Desarrollar Proyecto de reorganización física y arquitectónica	Presentar y ejecutar proyecto de reorganización física y arquitectónica ante planeación nacional	2014	Gerencia Planeación Grupo del estándar del ambiente físico

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 14

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M

Programa	Acción o actividad	Meta	Fecha	Responsable
Gestión de Atención al Cliente asistencial	Fortalecer el proceso de referencia y contrareferencia	Mejorar el proceso de referencia y contrareferencia.	2013	Gerencia Área asistencial Planeación
	Fortalecer el proceso de la divulgación y trato humanizado de los Derechos de los pacientes	Mejorar el proceso de divulgación y trato humanizado de los Derechos de los pacientes	2013-2014	Grupo del estándar de Gestión de Atención al Cliente asistencial
	Fortalecer los procesos de acceso, registro y evaluación de necesidades al ingreso de los pacientes.	Mejorar los procesos de acceso, registro y evaluación de necesidades al ingreso de los pacientes.	2013-2015	Grupo del estándar de Gestión de Atención al Cliente asistencial
	fortalecer el proceso para la seguridad del paciente	Mejorar proceso para la seguridad del paciente	2014	Grupo del estándar de Gestión de Atención al Cliente asistencial
	Fortalecer los procesos de planeación en la atención y ejecución del tratamiento	Mejorar los procesos de planeación en la atención y ejecución del tratamiento	2014	Grupo del estándar de Gestión de Atención al Cliente asistencial
	Fortalecer el proceso de la evaluación en la atención	Mejorar el proceso de la atención del usuario	2015	Grupo del estándar de Gestión de Atención al Cliente asistencial
	Fortalecer el proceso de la salida y seguimiento	Mejorar el proceso de la salida y seguimiento de los usuario	2015	Grupo del estándar de Gestión de Atención al Cliente asistencial

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 15

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M

Programa	Acción o actividad	Meta	Fecha	Responsable
Gestión financiera	Implementación del programa de saneamiento fiscal y financiero	Lograr un saneamiento fiscal	Anual	Gerencia Área financiera
	Implementar programa para mejoramiento el recaudo de la cartera	Mejorar la rotación de cartera	Anual	Gerencia Área financiera Cartera
	Fortalecimiento de los procesos de admisión, facturación y auditoría de cuentas	Mejorar los procesos de admisión, facturación y auditoría de cuentas	Anual	Gerencia Facturación Auditorías

Programa	Acción o actividad	Meta	Fecha	Responsable
Participación ciudadana	Desarrollo y ejecución del plan de anticorrupción y atención al ciudadano	Desarrollar y ejecutar las actividades del plan	Anual	Control interno Área logística Planeación
	Realizar rendiciones de cuentas periódicas, de acuerdo a lo estipulado en el plan de anticorrupción y atención al ciudadano	Cumplir con las actividades programadas de la rendición de cuentas	Anual	Gerencia Control interno Área logística Planeación Área financiera
	Implementar medios tecnológicos para garantizar la participación del cliente	Garantizar participación ciudadana	2014	Sistemas

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 16

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N.L.A.M

Programa	Acción o actividad	Meta	Fecha	Responsable
Defensa jurídica	Implementar un programa de defensa jurídica	Programa de defensa jurídica	2013-2015	Oficina asesora de jurídica
	Definir y desarrollar una política del daño antijurídico.	Política de daño antijurídico	2013-2015	Oficina asesora de jurídica

Programa	Acción o actividad	Meta	Fecha	Responsable
Gestión de la calidad y mejoramiento continuo	Desarrollar una política para la elaboración de planes de mejoramiento institucional, por procesos e individuales.	Política de planes de mejoramiento	Anual	Gerencia Calidad
	Monitorización del Sistema de Gestión de Calidad y mejoramiento continuo.	Seguimiento al sistema de Gestión de Calidad y mejoramiento continuo.	Anual	Calidad

VICTOR MANUEL ARIZA
GERENTE DE ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

Verificado por: JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Elaborado por: VICTOR MANUEL ARIZA PALMA NOLVY LUZ ARTEAGA MARTINEZ
Versión:	01	Página 17