



Centro de Salud
Nuevo Colon
E.S.E.

PLAN OPERATIVO ANUAL 2015

JOANA HERNANDEZ CRUZ
Gerente

PLATAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL

La plataforma estratégica de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD NUEVO COLON está construida sobre un modelo integrado por un proceso administrativo del que forma parte la planeación, organización, coordinación, dirección, evaluación y control, ejecutados en orden sucesivo y que permiten la consecución del fin último de la empresa que es la prestación de servicios de salud dentro del sistema general de seguridad social en salud

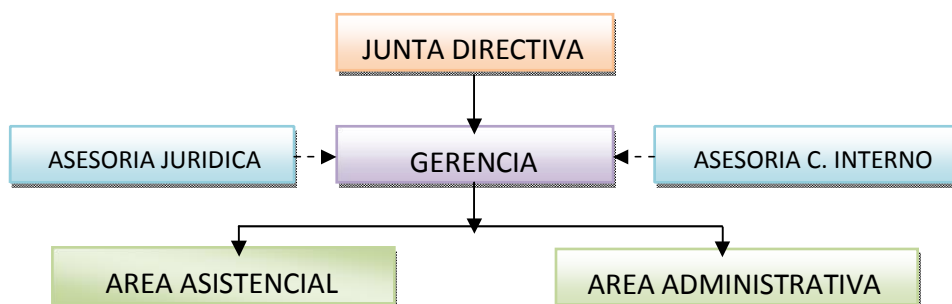
VISION INSTITUCIONAL

Ser una IPS de primer nivel de atención acreditada, con usuarios satisfechos, auto sostenible financieramente, con talento humano en continua actualización y preservadora del medio ambiente.

MISION INSTITUCIONAL

Somos una ESE que brinda servicios de salud de primer nivel de atención ambulatorios, contamos con un recurso físico adecuado y un talento humano comprometido con el mejoramiento continuo, procurando la calidad de los servicios, el bienestar de la comunidad, la sostenibilidad financiera y la preservación del medio ambiente.

ESTRUCTURA ORGANICA



La estructura orgánica se organiza a partir de un orden básico funcional, así:

Dirección: está conformada por la Junta Directiva (integrada según normatividad vigente) y el Gerente; con el objeto de mantener la unidad de objetivos e intereses 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 del servicio, 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.

Área Asistencial: Está conformada por el conjunto de unidades orgánico – funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de servicios de salud, con sus respectivos procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario (sección de consulta médica general y servicios ambulatorios, sección de servicios odontológicos, sección de enfermería, de laboratorio clínico y de medicamentos y farmacia). 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 prestación del servicio.

Área Administrativa: Esta área comprende 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 (Sección de Tesorería, sección de recursos humanos, de recursos físicos y de almacén y sección de servicios generales).

GRUPOS DE INTERÉS

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE NUEVO COLON identifica como grupos de interés a los siguientes:

- Afiliados del régimen subsidiado
- Población pobre y vulnerable
- Población en condición especial (indígenas, desplazados, indigentes, etc.)
- Alcaldía municipal
- Concejo municipal
- Sector educativo
- Alianzas de usuarios
- Contratistas
- Proveedores
- Gremios económicos
- Gremios productivos
- Asociaciones sociales
- Organismos de vigilancia y control
- Empresas promotoras de salud Subsidiadas principalmente
- Empresas administradoras de riesgos profesionales ➤ Organizaciones de aseguramiento del sector educativo ➤ Organismos de dirección, vigilancia y control del SGSSS.
- Empleados de la entidad y sus familias, ➤ La comunidad en general ➤ El Medio Ambiente.

PLAN OPERATIVO ANUAL (POAI) 2014

OBJETIVO 1: Prestar con calidad y oportunidad los servicios de salud de acuerdo a las necesidades propias del perfil epidemiológico de la población y servicios habilitados, buscando mejorar la calidad de vida de nuestra comunidad.

ESTRATEGIA 1: Revisar los ajustes a los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGC.

ESTRATEGIA 2: Autoevaluación de los estándares de Acreditación que aplican para la ESE.

ESTRATEGIA 3: Documentar y operativizar el modelo de atención en salud con enfoque familiar y de autocuidado que enmarque en las características del SOGC.

ESTRATEGIA 4: Fortalecimiento de la cultura de la calidad en busca del mejoramiento en los procesos.

ESTRATEGIA 5: Dinamizar el comité de ética hospitalaria de la ESE.

ESTRATEGIA 6: Operatividad de la política de seguridad del paciente.

PLAN, PROGRAMA O PROYECTO	META	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADOR	SOPORTE
Programa de Auditoria de mejoramiento de la calidad. (PAMEC)	Diseñar el PAMEC el primer trimestre de cada año.	Realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación en salud.	Auditor de calidad	% de cumplimiento del PAMEC.	Pamec aprobado Sesalub
	Cumplir en un 90% como mínimo el PAMEC.	Auditoria y seguimiento del cumplimiento del PAMEC durante la vigencia.	Auditor de calidad		Informes PAMEC a Sesalub
	Reportar el 100% los indicadores de sistema de información para la calidad.	Tabular, analizar y enviar indicadores de calidad según requerimientos.	Comité de Calidad	No. De informes reportados de manera mensual a EPS's	Reportes indicadores de calidad

	Mantener la satisfacción del usuario superior a un 80%.	Aplicar PAMEC y monitorear el comportamiento de calidad mediante el monitoreo de SIAU	Comité de Calidad	% de satisfacción de usuarios.	Reportes de satisfacción SIAU
	Mantener la oportunidad de los servicios ambulatorios no mayor a 3 días.	Realizar seguimiento de la agenda de citas de manera periódica.	Comité de Calidad	Oportunidad de los servicios ambulatorios en días.	Indicadores de calidad – agenda de citas.
	Realizar el 80% de la gestión de los eventos adversos detectados.	Mediante el comité realizar gestión y seguimiento periódico a los EA.	Comité de Calidad	% de gestión de eventos adversos.	Actas de comité.
Programa de PyP	Aplicar en un 90% la guía de hipertensión arterial.	Mediante comité de HC realizar auditoria en la aplicación de la guía.	Jefes de enfermería y Médicos	% de aplicación de la guía HTA.	Actas comité de HC
	Aplicar en un 80% la guía de Crecimiento y Desarrollo.	Mediante comité de HC realizar auditoria en la aplicación de la guía.	Jefes de enfermería y Médicos	% de aplicación de la guía CD.	Actas comité de HC
	Captar tempranamente el 70 % de las gestantes promoviendo en ellas el uso de los servicios de salud.	Unificar y retroalimentar periódicamente las bases de datos de gestantes con la información aportada por las EPS	Jefes de enfermería, Médicos y auditoria médica	No. de gestantes captadas antes de la semana 12/Total de gestantes	Actas comité de PyP
	Cumplir las metas de las matrices de cumplimiento mayor al 90%.	Seguimiento mensual a las actividades de P y P ejecutadas.	Jefes de enfermería, Médicos y auditoria médica	% de cumplimiento de actividades de PyP.	Actas comité de PyP
Programa de intervenciones colectivas	Cumplimiento del programa PIC mayor al 80%	Ejecución y seguimiento periódico del cumplimiento de actividades.	Jefes de enfermería	% de cumplimiento de metas PAI.	Reportes de PIC

Plan de Salud Pública	Cumplimiento de las actividades de Salud Publica 80%	Ejecución y seguimiento periódico del cumplimiento de actividades.	Jefes de enfermería	% de cumplimiento del PST.	Reportes Salud Pública
Programa presupuestal	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida no mayor al 0.90	Realizar seguimiento trimestral de acuerdo a la producción y ejecuciones realizadas.	Auditoria médica	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.	Reportes financieros
Plan de mantenimiento 2014	Plan de mantenimiento ejecutado al 80%.	Realizar seguimiento periódico al cumplimiento según programación.	Encargado de almacén	% de ejecución del plan de mantenimiento.	Informes plan de mantenimiento.

OBJETIVO 2: Garantizar la Sostenibilidad económica para obtener un índice de rentabilidad social y financiera que garantice nuestra permanencia en la red de servicios de salud Departamental, mediante el desarrollo de un proceso gerencial que fortalezca el funcionamiento de la institución.

ESTRATEGIA 1: Seguimiento y evaluación periódica de los indicadores y estados financieros.

ESTRATEGIA 2: 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.

ESTRATEGIA 3: Fortalecer la gestión administrativa de la ESE en cumplimiento de las obligaciones laborales y acreedoras de la entidad.

PLAN, PROGRAMA O PROYECTO	META	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADOR	SOPORTE
Programa presupuestal	Equilibrio presupuestal con recaudo no menor a 1.	Realizar gestión periódica de cartera y seguimiento a los costos y gastos.	Gerencia, Tesorería y contador	Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Actas comité de sostenibilidad financiera

OBJETIVO 3: Promover el talento humano integral, mediante el trabajo en equipo, capacitación permanente, bienestar e incentivos; buscando fortalecer la cultura de la calidad y humanización de los servicios ofrecidos

ESTRATEGIA 1: Desarrollo del talento humano mediante actividades permanentes de capacitación, bienestar y estímulos al personal de la institución.

ESTRATEGIA 2: Realizar evaluaciones periódicas del clima organizacional.

PLAN, PROGRAMA O PROYECTO	META	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADOR	SOPORTE
Plan de capacitación	Plan de capacitación ejecutado el 80%	Diseñar y ejecutar el plan de capacitación anual.	Gerencia y Recursos Humanos	% de cumplimiento de los planes de TH.	Avance plan de capacitación
Plan de bienestar social laboral.	Plan de bienestar social laboral ejecutado el 80%.	Diseñar y ejecutar el plan de bienestar e incentivos anual.	Gerencia y Recursos Humanos		Avance plan de bienestar e incentivos

OBJETIVO 4: Fortalecer los mecanismos de control, participación ciudadana y comunitaria, en el desarrollo organizacional, la gestión y el control de la Empresa, establecidos por la ley y normatividad vigente.

ESTRATEGIA 1: Participación ciudadana, transparencia, eficiencia y eficacia institucional. **ESTRATEGIA 2:**

PLAN, PROGRAMA O PROYECTO	META	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADOR	SOPORTE
Programa de fortalecimiento de la alianza de usuarios de la E.S.E.	2 reuniones de alianza de usuarios por año.	Organizar y convocar reuniones de alianza de usuarios	SIAU	No. de reuniones realizadas.	Actas de reuniones
	Respuesta oportuna y en un 90% a los derechos de petición, acciones de tutela y demandas en contra de la ESE dentro del término legal.	Recopilar, analizar y gestionar las peticiones realizadas por los usuarios a través de los buzones de sugerencias o radicadas a través de un medio escrito.	SIAU	No. de derechos de petición, acciones de tutela y demandas, respondidos oportunamente.	Respuestas de PQR
Programación apertura de buzones y encuestas de satisfacción SIAU.	Cumplimiento 80% del programa del SIAU en relación a las peticiones, quejas y reclamos PQR.	Realizar la apertura de buzones de acuerdo a la programación anual, realizando análisis de hallazgos en el comité.	SIAU	% de cumplimiento programación SIAU.	Actas de Comité

OBJETIVO 5: Fortalecer y mejorar los sistemas de gestión de Institucional que ayuden en la adecuada administración y reporte efectivo de información a entes de control y ciudadanía en general.

ESTRATEGIA 1: Implementar sistema de control interno, evaluación y seguimiento a la gestión.

ESTRATEGIA 2: Política de Desarrollo de la mujer e infancia

ESTRATEGIA 3: Desarrollo de planes y programas en apoyo institucional de los comités.

ESTRATEGIA 4: Desarrollar procesos de administración y manejo de riesgos administrativos y asistenciales.

ESTRATEGIA 5: Estrategia de Información y comunicación permanente institucional.

PLAN, PROGRAMA O PROYECTO	META	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADOR	SOPORTE
Plan de auditoria de Control Interno	Mantener la implementación y operatividad del MECI mayor al 85%.	Actualizar y continuar el diseño e implementación del Modelo Estándar de Control Interno	Control interno	% de avance del MECI.	Informes MECI cuatrimestrales
Plan de información y comunicación.	Reportar oportunamente y en un 100% la información correspondiente a la circular única a la Supersalud.	Reporte oportuno según fechas establecidas.	Tesorería-contador	% de cumplimiento del reporte de circular única	Soportes de envíos
	Reportar oportunamente y en un 100% la información correspondiente al decreto 2193 de 2004.	Reporte oportuno según fechas establecidas.	Tesorería-contador	% de cumplimiento del reporte decreto 2193	Soportes de envíos

	Desarrollo mayor del 80% de los planes de mejoramiento institucional.	Desarrollar y realizar seguimiento a los planes de mejoramiento de la institución y por procesos.	Control interno y auditoria médica	% de avance de planes de mejoramiento	Cumplimiento planes de mejora.
	Elaboración y ejecución del plan de auditoria de Control Interno.	Ejecución del plan de auditoria de control interno	Control interno	% de cumplimiento del plan de auditoria de CI.	Informes de auditorias
	Desarrollo mayor al 80% del programa de auditoria de control Interno.	Ejecución del plan de auditoria de control interno	Control interno		Informes de auditorias
Programa IAMI	Desarrollo en un 70% del Programa IAMI	Desarrollar programa IAMI según actividades programadas	Comité de Calidad	% de cumplimiento del programa IAMI	Actas comité
Cronograma anual de comités	Elaboración del cronograma de comités institucionales.	Elaborar cronograma y socializarlo con los funcionarios.	Gerencia	% de cumplimiento de programa anual de comités.	Cronograma y acta de socialización
	Realización del 70% de los comités, institucionales según periodicidad establecida en cada uno.	Realizar seguimiento del cumplimiento del cronograma de comités	Gerencia		Formato de seguimiento de comités
Programa de administración de riesgos.	Identificación de riesgos	Actualizar y complementar riesgos institucionales y por procesos	Gerencia y control interno	% de cumplimiento del plan de administración de riesgos hospitalarios.	Listado de riesgos
	Implementación del plan en un 80%.	Elaboración e implementación programa de riesgos.	Gerencia y control interno		Ejecución programa.
Plan Hospitalario de Emergencias. PHE	Actualización y socialización del PHE anualmente	Envió a Sesalub para aprobación	Gerencia		Aprobación y acta socialización

	Realización de un simulacro anual.	Realizar un simulacro.	Gerencia	% de cumplimiento del PHE.	Acta y evidencias.
	Reporte oportuno y en un 80% de la información asistencial a los entes de control y EPS's.	Reporte oportuno según fechas establecidas.	Jefe de enfermería	% de cumplimiento del reporte de información asistencial	Soportes de envíos
	Reportar oportunamente y en un 80% los informes de Control Interno al DAFP y el sitio web de la institución.	Reporte oportuno según fechas establecidas.	Asesor Control Interno	% de cumplimiento del reporte de informes de control interno	Soportes de envíos
	Reportar oportunamente el informe de derechos de autor	Reporte oportuno según fechas establecidas.	Asesor Control Interno	Cumplimiento del reporte de Derechos de Autor	Soportes de envíos
	Reportar oportunamente y en un 100% los informes que le asisten a la contraloría departamental.	Reporte oportuno según fechas establecidas.	Tesorería-contador	% de cumplimiento de reportes a contraloría departamental	Soportes de envíos
	Reportar oportunamente los 4 informes de RIPS a la JD	Reporte oportuno según fechas establecidas.		% de cumplimiento de reportes RIPS a Junta Directiva	Soportes de envíos

OBJETIVO 6: Implementar buenas prácticas y procesos de sostenibilidad y cuidado del medio ambiente.

ESTRATEGIA 1: Revisar los ajustes a los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGC.

PLAN, PROGRAMA O PROYECTO	META	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADOR	SOPORTE
Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares. PGIRHS	Socializar el PGIRHS de manera anual	Socializar PGIRHS, enfatizando las falencias que existen de acuerdo a la aplicación correcta del plan.	Comité de Gestión de residuos	% de cumplimiento del PGIRHS.	Acta de socialización
	Realizar capacitaciones de 6 temas de PGIRHS durante el año.	Dentro del plan de capacitación institucional incluir las de PGIRHS	Comité de Gestión de residuos	100% capacitaciones realizadas	Actas e capacitación
	Evaluar la adherencia e impacto del PGIRHS cada año.	Realizar evaluación de adherencia de conocimientos y segregación de residuos.	Comité de Gestión de residuos	% de cumplimiento del PGIRHS.	Evaluación e informe de auditoría.