



***PLAN DE DESARROLLO  
2016 - 2019***



***“EL MARIO SOMOS TODOS”***



"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"



## JUNTA DIRECTIVA

### **DILIAN FRANCISCA TORO TORRES**

Gobernador Valle del Cauca

### **MARÍA CRISTINA LESMES DUQUE**

Secretario Departamental de Salud del Valle del  
Cauca

### **ANTONIO JOSE VEIRA DEL CASTILLO**

Agremiaciones Científicas Externas

### **JESUS MARIA RAYO CAICEDO**

Entes Científicas Internas

### **HORACIO DE JESÚS SERNA HOYOS**

Representante Asociación de Usuarios

## GRUPO DIRECTIVO

### **IRNE TORRES CASTRO**

Gerente General

### **CLAUDIA SANCHEZ ALCALDE**

Sub-Director Científico

### **SANDRA LILIANA VELASQUEZ NARANJO**

Sub- Director Administrativo

### **CARLOS ALBERTO HURTADO**

Jefe Control Interno

### **JULIO CESAR CARMONA RODRIGUEZ**

Jefe Oficina Asesora de Planeación

### **DIEGO ANDRÉS INFANTE CRUZ**

Jefe Oficina de Gestión de Calidad

### **MARTHA LUCIA RÍOS**

Coordinador de Cirugía y Hospitalización

### **ADRIANA ELISA MEDINA CARDONA**

Coordinador Servicios Ambulatorios y Ayudas  
Diagnosticas

### **JESUS MARIA RAYO CAICEDO**

Coordinador Urgencias

### **SANDRA SINISTERRA**

Jefe Oficina Asesora Jurídica

### **MARIO GONZALEZ**

Coordinador Sistemas de Información y Estadística

### **JAIRE LORENA CERQUERA**

Jefe Financiera



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



## Contenido

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>1. FORMULACIÓN Y ENFOQUE METODOLÓGICO</b> .....	<b>6</b>
<b>2. PRESENTACIÓN – HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E</b> .....	<b>7</b>
2.1. Identificación física de la ESE .....	7
<b>3. ROL DE LA ESE EN LA RED DEPARTAMENTAL</b> .....	<b>10</b>
<b>3.1. GENERALIDADES</b> .....	<b>10</b>
i. ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN Y DENSIDAD 2014 – 2020 .....	10
ii. PROYECCIONES DE POBLACIÓN SEGÚN TOTAL, CABECERA Y RESTO, COLOMBIA, VALLE DEL CAUCA Y CALI 2014 – 2020 .....	10
iii. PROYECCIONES DE POBLACIÓN TOTAL, CABECERA Y RESTO, MUNICIPIOS DEL G11 2014 – 2020 .....	11
iv. PROYECCIONES DE POBLACIÓN SEGÚN TOTAL, CABECERA Y RESTO, EN CALI 2014 – 2020 .....	12
v. PROYECCIONES DE POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, EN CALI 2016 – 2018.....	13
<b>3.2. GENERALIDADES DE LA COMUNA 18</b> .....	<b>13</b>
3.2.1. CONTEXTO GEOGRÁFICO .....	13
<b>3.3. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS</b> .....	<b>15</b>
3.3.1. POBLACIÓN .....	15
3.3.2. POBLACIÓN ENCUESTADA POR SISBEN III. BASE CERTIFICADA JULIO 2010 .....	16
<b>4. TRANSFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL VALLE DEL CAUCA</b> .....	<b>18</b>
4.1. GENERALIDADES DEL MODELO DE TRANSFORMACIÓN.....	18
4.2. MODELO DE ATENCIÓN.....	19
4.3. AMBITO DE APLICACIÓN .....	20
4.4. ESTRUCTURACIÓN DE LA RED DEPARTAMENTAL DE SERVICIOS DE SALUD .....	21
<b>5. COMPONENTE ESTRATÉGICO</b> .....	<b>23</b>
• Misión .....	23
• Visión .....	23
• Política de Calidad.....	23
• Política de atención Humanizada .....	23
• Política de Seguridad del Paciente .....	24
• Política de Riesgo .....	24
• Política Ambiental .....	24
<b>5.1. PRINCIPIOS INSTITUCIONALES</b> .....	<b>24</b>
<b>5.2. VALORES INSTITUCIONALES</b> .....	<b>25</b>
<b>5.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b> .....	<b>26</b>
<b>5.4. MAPA DE PROCESOS</b> .....	<b>27</b>





"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



5.5. SERVICIOS .....	28
6. MARCO JURIDICO.....	33
7. DIAGNOSTICO ESTRATEGICO INICIAL .....	36
7.1. CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL NIVEL TERRITORIAL.....	36
7.2. RESULTADO EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN 2015.....	37
7.3. ANALISIS GESTION DIRECCION Y GERENCIA.....	37
7.3.1. INFORME DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC 38	
7.3.2. EJECUCIÓN PLAN DE DESARROLLO VIGENCIA 2015 .....	40
7.4. AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA .....	43
7.5. AREA DE GESTION CLINICA Ó ASISTENCIAL .....	58
7.6. INFORME DE SERVICIOS NUEVOS O FORTALECIDOS AÑO 2012 al 2015 .....	67
8. MATRIZ DOFA.....	71
9. METODOLOGIA - BALANCED SCORECARD .....	75
10. ESTRUCTURA PROGRAMATICA .....	82
11. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 -2019 “EL MARIO SOMOS TODOS” .....	91
12. APROBACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO .....	91
ANEXO No. 1 .....	92
PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES 2016 - 2019.....	92
EJES ESTRATEGICOS Y OBJETIVOS. PLAN DE INVERSIONES 2016-2019.....	93

## INTRODUCCIÓN

El propósito del Plan de Desarrollo 2014-2018: **"El Mario Somos Todos"**.

Los sectores sociales y en especial el de la salud, han sufrido cambios substanciales en sus normas, aspectos administrativos y fiscales, lo cual obedece a políticas de ajuste macroeconómico internacional y nacional, que afectan de manera directa la administración, financiación y prestación de servicios de salud, trasladando la responsabilidad a los entes territoriales, regionales y locales en el proceso de descentralización. Así, se hace necesario que las empresas del estado, como el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, reorienten sus acciones en la búsqueda de soluciones reales a las necesidades de la población objeto, que involucre la participación social y el trabajo en equipo en todo su proceso, dándole validez y coherencia al proceso de Planificación. Mediante un análisis estratégico situacional, formulación de objetivos, estrategias y proyectos que permitan orientar sus recursos a impactar los problemas de mayor magnitud, vulnerabilidad y gravedad, de la población expuesta al mayor riesgo y propender por su salud y la satisfacción de sus necesidades.

Entonces el PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E para el cuatrienio 2016 – 2019 "El Mario Somos Todos". Pretende promover como pilar la humanización, el establecimiento de la calidad como herramienta fundamental para realizar un servicio eficiente, universal, oportuno y equitativo, además de promover el uso racional de los recursos, realizando una evaluación continua y dinámica de su ejecución y sus resultados.



"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"



## 1. FORMULACIÓN Y ENFOQUE METODOLÓGICO

El Plan de Desarrollo de la Institución es un instrumento medible y cuantificable que responde al estado actual de la entidad y a la proyección de la misma en un periodo claro de cuatro años; asimismo, este Plan de Desarrollo está enmarcado en el indicador número tres (3) del plan de gestión ya presentado por el gerente Doctor **IRNE TORRES CASTRO** ante la Junta Directiva a la entidad.

Se construyó en mesas de trabajo articuladas entre los procesos de direccionamiento, misional, apoyo y control, generando un diagnóstico inicial de la institución que facilita la creación de nuevo parámetros para medir cada una de los procesos y la gestión gerencial.

Este plan de Desarrollo plantea las estrategias, metas y actividades de manera anual en cada uno de los planes operativos anuales de la entidad, fortaleciendo el trabajo articulado entre cada uno de los planes y las metas a cumplir en el cuatrienio. Por ello, se realiza un seguimiento al plan operativo anual para articular las necesidades asistenciales y administrativas de la entidad permitiendo fortalecer las estrategias expuestas por cada una de las áreas a fin de retomar las tareas y adquirir responsables.

Una vez elaborado todo este antecedente institucional, se ponen a consideración tanto de la comunidad como de los funcionarios y se convierte en un compromiso de la entidad en pro de una mejora continua y planeada de cada uno de los servicios de la entidad.

Por lo anterior se considera que fue un trabajo en equipo y participativo que compromete a los funcionarios al buen desarrollo de sus actividades.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



## 2. PRESENTACIÓN – HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E

El Hospital es una institución de Nivel II de complejidad, de carácter público Departamental, creado desde 1.972 para atender a la población de escasos recursos económicos del Municipio de Cali - Colombia, ubicado en el barrio Mario Correa de la Comuna 18. Inicialmente funciona como un centro de atención para la tuberculosis y con el correr del tiempo, el Hospital sufrió muchos cambios a su interior, con la apertura progresiva de nuevos servicios asistenciales, fortaleciendo su recurso humano y tecnológico, para satisfacer la demanda creciente, especialmente en servicios como urgencias, cirugía y hospitalización. En los años 80 el hospital genera una expansión de sus servicios asistenciales y se construyen nuevas áreas administrativas y para la atención de pacientes en Urgencias, Pediatría y Pensionados. El hospital entonces se constituye en pieza clave y protagónica de la red de prestadores de servicios de salud de Cali y el Valle del Cauca.

Adecuándose a la Ley de Seguridad Social en Salud, las directivas de la entidad, tomaron la decisión de reorganizar y modernizar cada uno de los servicios asistenciales y de apoyo administrativo, con el fin de convertir la entidad, en una Institución Prestadora de Servicios (IPS) fundamentado en los principios de calidad y eficiencia. En el año de 1995 se convierte en Empresa Social del Estado descentralizada (Decreto 1808 del 7 de noviembre de 1995), con autonomía administrativa y patrimonio propio.

### 2.1. Identificación física de la ESE

- Ubicación del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo ESE, dentro del departamento del Valle del Cauca.



- Ubicación del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo ESE, dentro de la ciudad Santiago de Cali, identificando el área rural y urbana.



El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo (HDMCR) ESE, se encuentra ubicado en la zona urbana de la ciudad de Santiago de Cali, limitando con los corregimientos de la Buitrera, Pance (zona rural) y con la ladera sur occidental de la de Cali (zona urbana), teniendo así como área de influencia las comunas de la ladera y corregimientos aledaños. A continuación se muestra detalladamente el área de influencia del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E.

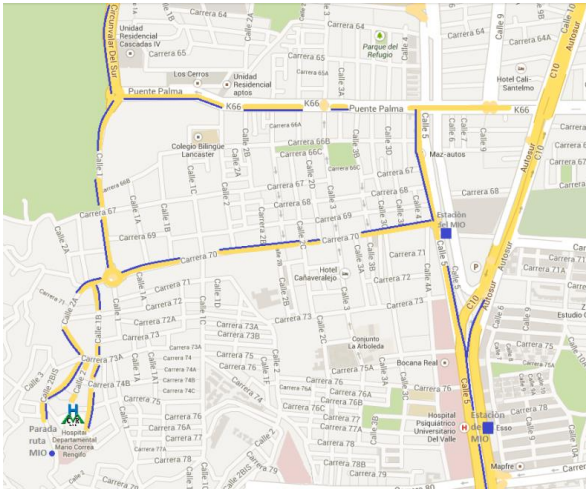
- Ubicación del Hospital Mario Correa Rengifo en la ciudad Santiago de Cali





La ESE Hospital Mario Correa Rengifo, está ubicado en la comuna 18 de la ciudad Santiago de Cali, teniendo como área de influencia las comunas 1, 3, 9, 17, 18, 19, 20 y corregimientos aledaños como la Buitrera y Pance y demás que colindan con el occidente de Cali.

- Identificación de principales vías de acceso



De la anterior ilustración se observa que el hospital Departamental Mario Correa Rengifo posee múltiples vías de acceso y dos calles principales (calle 1B y calle 2Bis), las cuales cuentan con rutas del Transporte Masivo de Occidente MIO y una parada de la ruta MIO en frente del Hospital, la cual facilita el acceso a funcionarios y usuarios. La distancia en desplazamiento desde el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E hacia la IPS más cercana El Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle es de aproximadamente 2,5 Km desplazándose por la calle 1B – carrera 70 – calle 5, con un tiempo aproximado de 15 minutos, considerando cambios en la congestión de las vías. Desde el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E hacia la avenida circunvalar que comunica el sur de la ciudad con el occidente, norte y parte del centro, hay aproximadamente 1,5 km con un tiempo de desplazamiento aproximado de 10 minutos.

Las líneas color naranjas identifican las calles y/o carreras principales y más circuladas, el color azul identifica la ruta por donde transita el MIO. Cabe anotar que el estado de la entrada a la calle 2Bis, actualmente se encuentra en buenas condiciones.

### 3. ROL DE LA ESE EN LA RED DEPARTAMENTAL

El Hospital fue fundado en 1972 creado para el tratamiento de enfermedades crónicas como la tuberculosis, que luego de varios años de avances en su desarrollo se convierte en ESE en el año 1995. Siendo una entidad pública de salud del Nivel II de atención, que se localiza al sur oeste de la ciudad, en la comuna 18 y con una área de influencia sobre las comunas 1, 3, 17, 19, 20 y una buena parte de los corregimientos del área rural.

#### 3.1. GENERALIDADES

##### i. ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN Y DENSIDAD 2014 – 2020

Descripción	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Población total</b>	2,344,734	2,369,821	2,394,925	2,420,114	2,445,405	2,470,852	2,496,442
<b>Densidad bruta</b>	41.85	42.30	42.75	43.20	43.65	44.10	44.56
<b>Población Comunas</b>	2,308,112	2,333,203	2,358,302	2,383,485	2,408,773	2,434,211	2,459,789
<b>Hombres</b>	1,103,024	1,115,014	1,127,009	1,139,044	1,151,129	1,163,285	1,175,509
<b>Mujeres</b>	1,205,088	1,218,189	1,231,293	1,244,441	1,257,644	1,270,926	1,284,280
<b>Densidad bruta</b>	190.92	193.00	195.07	197.16	199.25	201.35	203.47
<b>Población Corregimientos</b>	36,622	36,618	36,623	36,629	36,632	36,641	36,653
<b>Hombres</b>	18,506	18,504	18,506	18,509	18,511	18,515	18,521
<b>Mujeres</b>	18,116	18,114	18,117	18,120	18,121	18,126	18,132
<b>Densidad bruta</b>	0.83	0.83	0.83	0.83	0.83	0.83	0.83

Fuente: Proyecciones de población municipales por área 2005-2020 /DANE, Cálculos DAP

##### ii. PROYECCIONES DE POBLACIÓN SEGÚN TOTAL, CABECERA Y RESTO, COLOMBIA, VALLE DEL CAUCA Y CALI 2014 – 2020

Descripción	Población						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Colombia</b>	47,661,787	48,203,405	48,747,708	49,291,609	49,834,240	50,374,478	50,911,747
<b>Cabecera</b>	36,359,268	36,846,935	37,332,955	37,816,051	38,295,351	38,770,520	39,241,145
<b>Resto</b>	11,302,519	11,356,470	11,414,753	11,475,558	11,538,889	11,603,958	11,670,602
<b>Valle</b>	4,566,875	4,613,684	4,660,741	4,708,262	4,756,113	4,804,489	4,853,327
<b>Cabecera</b>	3,988,934	4,033,753	4,078,726	4,124,018	4,169,553	4,215,465	4,261,742
<b>Resto</b>	577,941	579,931	582,015	584,244	586,560	589,024	591,585
<b>Cali</b>	2,344,734	2,369,821	2,394,925	2,420,114	2,445,405	2,470,852	2,496,442
<b>Cabecera</b>	2,308,112	2,333,203	2,358,302	2,383,485	2,408,773	2,434,211	2,459,789
<b>Resto</b>	36,622	36,618	36,623	36,629	36,632	36,641	36,653

Fuente: Proyecciones de población municipales por área 2005-2020 /DANE

iii. PROYECCIONES DE POBLACIÓN TOTAL, CABECERA Y RESTO, MUNICIPIOS DEL G11 2014 – 2020

Municipio	Población						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
TOTAL							
<b>TOTAL G11</b>	3,522,557	3,564,956	3,607,632	3,667,286	3,711,115	3,755,270	3,799,727
<b>Cali</b>	2,344,734	2,369,821	2,394,925	2,420,114	2,445,405	2,470,852	2,496,442
<b>Buenaventura</b>	392,054	399,764	407,675	415,770	424,047	432,501	441,109
<b>Candelaria</b>	80,485	81,700	82,908	84,129	85,352	86,584	87,820
<b>Dagua</b>	36,282	36,406	36,524	36,652	36,775	36,891	37,005
<b>Florida</b>	57,911	58,129	58,343	58,555	58,775	58,988	59,215
<b>Jamundí</b>	117,117	119,566	122,071	124,623	127,228	129,877	132,572
<b>La Cumbre</b>	11,464	11,514	11,564	11,614	11,672	11,731	11,784
<b>Palmira</b>	302,727	304,735	306,706	308,669	310,594	312,507	314,411
<b>Pradera</b>	54,470	55,147	55,842	56,545	57,257	57,990	58,724
<b>Vijes</b>	10,886	11,018	11,142	11,276	11,409	11,543	11,685
<b>Yumbo</b>	114,427	117,156	119,932	122,762	125,663	128,616	131,645
CABECERA							
<b>TOTAL G11</b>	3,219,308	3,259,208	3,299,355	3,339,847	3,380,696	3,421,933	3,463,561
<b>Cali</b>	2,308,112	2,333,203	2,358,302	2,383,485	2,408,773	2,434,211	2,459,789
<b>Buenaventura</b>	357,935	365,738	373,717	381,862	390,167	398,624	407,218
<b>Candelaria</b>	22,364	22,713	23,067	23,433	23,808	24,187	24,579
<b>Dagua</b>	8,123	8,117	8,108	8,106	8,107	8,110	8,113
<b>Florida</b>	42,779	42,960	43,142	43,321	43,503	43,679	43,863
<b>Jamundí</b>	79,797	81,495	83,230	85,000	86,803	88,633	90,495
<b>La Cumbre</b>	2,472	2,495	2,518	2,542	2,566	2,592	2,615
<b>Palmira</b>	242,774	244,385	245,968	247,536	249,083	250,621	252,147
<b>Pradera</b>	47,497	48,115	48,747	49,387	50,035	50,694	51,358
<b>Vijes</b>	6,985	7,119	7,246	7,378	7,509	7,641	7,780
<b>Yumbo</b>	100,470	102,868	105,310	107,797	110,342	112,941	115,604
RESTO							
<b>TOTAL G11</b>	303,249	305,748	308,277	310,862	313,481	316,147	318,851
<b>Cali</b>	36,622	36,618	36,623	36,629	36,632	36,641	36,653
<b>Buenaventura</b>	34,119	34,026	33,958	33,908	33,880	33,877	33,891
<b>Candelaria</b>	58,121	58,987	59,841	60,696	61,544	62,397	63,241
<b>Dagua</b>	28,159	28,289	28,416	28,546	28,668	28,781	28,892
<b>Florida</b>	15,132	15,169	15,201	15,234	15,272	15,309	15,352
<b>Jamundí</b>	37,320	38,071	38,841	39,623	40,425	41,244	42,077
<b>La Cumbre</b>	8,992	9,019	9,046	9,072	9,106	9,139	9,169
<b>Palmira</b>	59,953	60,350	60,738	61,133	61,511	61,886	62,264
<b>Pradera</b>	6,973	7,032	7,095	7,158	7,222	7,296	7,366
<b>Vijes</b>	3,901	3,899	3,896	3,898	3,900	3,902	3,905
<b>Yumbo</b>	13,957	14,288	14,622	14,965	15,321	15,675	16,041

Fuente: Proyecciones de población municipales por área 2005-2020 /DANE

iv. PROYECCIONES DE POBLACIÓN SEGÚN TOTAL, CABECERA Y RESTO, EN CALI 2014 – 2020

Descripción	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>TOTAL CALI</b>	2,344,703	2,369,829	2,394,870	2,420,013	2,445,281	2,470,747	2,496,346
<b>Cabecera</b>	2,308,086	2,333,213	2,358,253	2,383,392	2,408,653	2,434,110	2,459,698
<b>Comuna 1</b>	85,569	88,432	91,352	94,335	97,382	100,497	103,620
<b>Comuna 2</b>	112,746	114,651	116,586	118,561	120,577	122,637	124,669
<b>Comuna 3</b>	46,283	46,400	46,517	46,636	46,759	46,887	46,990
<b>Comuna 4</b>	53,687	53,369	53,052	52,740	52,433	52,132	51,806
<b>Comuna 5</b>	111,157	112,089	113,010	113,927	114,842	115,759	116,608
<b>Comuna 6</b>	188,124	189,837	191,529	193,214	194,894	196,573	198,137
<b>Comuna 7</b>	71,846	71,334	70,819	70,305	69,793	69,285	68,739
<b>Comuna 8</b>	102,177	102,388	102,597	102,812	103,034	103,266	103,445
<b>Comuna 9</b>	45,349	44,994	44,645	44,303	43,970	43,646	43,330
<b>Comuna 10</b>	110,407	110,854	111,296	111,741	112,190	112,645	113,040
<b>Comuna 11</b>	106,731	107,339	107,940	108,542	109,146	109,754	110,302
<b>Comuna 12</b>	67,049	66,881	66,712	66,545	66,381	66,221	66,028
<b>Comuna 13</b>	177,228	177,641	178,052	178,475	178,909	179,360	181,084
<b>Comuna 14</b>	170,909	172,696	174,441	176,160	177,856	179,535	181,093
<b>Comuna 15</b>	156,267	159,369	162,439	165,492	168,529	171,556	174,473
<b>Comuna 16</b>	106,145	107,170	108,183	109,191	110,195	111,198	112,135
<b>Comuna 17</b>	136,428	139,665	142,914	146,183	149,475	152,793	156,046
<b>Comuna 18</b>	127,752	131,453	135,199	138,999	142,856	146,773	150,663
<b>Comuna 19</b>	111,989	112,947	113,898	114,849	115,803	116,761	117,656
<b>Comuna 20</b>	68,980	69,331	69,677	70,025	70,375	70,728	71,043
<b>Comuna 21</b>	110,332	112,336	114,270	116,148	117,976	119,763	121,440
<b>Comuna 22</b>	10,868	11,160	11,453	11,748	12,044	12,343	12,637
<b>Otros<sup>1</sup></b>	30,064	30,876	31,675	32,461	33,236	34,002	34,714
<b>Resto</b>	36,617	36,616	36,617	36,621	36,628	36,637	36,648
<b>Navarro</b>	933	906	879	853	828	803	778
<b>El Hormiguero</b>	3,830	3,811	3,790	3,768	3,746	3,722	3,698
<b>Pance</b>	1,508	1,470	1,432	1,395	1,359	1,323	1,287
<b>La Buitrera</b>	6,615	6,818	7,025	7,237	7,452	7,672	7,896
<b>Villacarmelo</b>	878	869	859	849	838	828	818
<b>Los Andes</b>	4,591	4,633	4,674	4,715	4,754	4,793	4,830
<b>Pichinde</b>	659	646	632	619	606	593	581
<b>La Leonera</b>	535	514	493	473	454	436	418
<b>Felidia</b>	1,381	1,346	1,311	1,276	1,242	1,208	1,175
<b>El Saladito</b>	938	904	872	841	810	781	752
<b>La Elvira</b>	1,069	1,048	1,027	1,006	985	965	945
<b>La Castilla</b>	912	905	898	891	884	876	869
<b>La Paz</b>	624	605	586	568	551	533	516
<b>Montebello</b>	9,049	9,037	9,021	9,003	8,983	8,961	8,935
<b>Golondrinas</b>	3,094	3,106	3,117	3,126	3,135	3,143	3,151

Fuente: Proyecciones de población de Cali por barrio, comuna y corregimiento 2006-2020 / DAP

<sup>1</sup> Debido a las diferencias entre cabecera DANE y perímetro urbano DAP, el área urbana incluye información que corresponde a sectores por fuera del perímetro urbano (población rural)



v. PROYECCIONES DE POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, EN CALI  
2016 – 2018

EDAD	2016			2017			2018		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
<b>Total</b>	2,394,925	1,144,848	1,250,077	2,420,114	1,156,839	1,263,275	2,445,405	1,168,899	1,276,506
<b>0 - 4</b>	176,727	90,385	86,342	177,030	90,492	86,538	177,507	90,734	86,773
<b>5 - 9</b>	178,068	90,703	87,365	178,250	90,780	87,470	178,357	90,755	87,602
<b>10 - 14</b>	184,490	93,223	91,267	184,729	93,466	91,263	185,295	93,887	91,408
<b>15 - 19</b>	198,029	100,271	97,758	196,974	99,580	97,394	196,525	99,210	97,315
<b>20 - 24</b>	205,990	104,490	101,500	205,830	104,412	101,418	205,204	104,039	101,165
<b>25 - 29</b>	201,089	100,839	100,250	202,681	102,011	100,670	204,291	103,106	101,185
<b>30 - 34</b>	193,358	93,813	99,545	194,685	95,073	99,612	195,640	96,224	99,416
<b>35 - 39</b>	175,349	83,422	91,927	179,017	85,251	93,766	182,404	87,020	95,384
<b>40 - 44</b>	154,782	72,893	81,889	157,335	74,154	83,181	160,575	75,703	84,872
<b>45 - 49</b>	152,289	69,909	82,380	151,075	69,582	81,493	150,011	69,354	80,657
<b>50 - 54</b>	149,246	67,210	82,036	150,358	67,720	82,638	150,633	67,847	82,786
<b>55 - 59</b>	126,048	55,106	70,942	130,927	57,405	73,522	135,456	59,581	75,875
<b>60 - 64</b>	97,843	41,977	55,866	101,966	43,578	58,388	106,150	45,232	60,918
<b>65 - 69</b>	72,962	30,880	42,082	76,368	32,166	44,202	79,891	33,490	46,401
<b>70 - 74</b>	51,323	21,193	30,130	53,755	22,078	31,677	56,414	23,025	33,389
<b>75 - 79</b>	38,168	14,476	23,692	38,779	14,756	24,023	39,417	15,052	24,365
<b>80 y +</b>	39,164	14,058	25,106	40,355	14,335	26,020	41,635	14,640	26,995

Fuente: Proyecciones de población municipal 2005-2020 / DANE

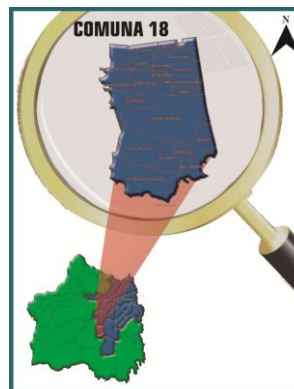
### 3.2. GENERALIDADES DE LA COMUNA 18

#### 3.2.1. CONTEXTO GEOGRÁFICO

La comuna 18 se encuentra en el sur-occidente de la ciudad, cubre el 4,5% del área total del municipio de Santiago Cali con 542,9 hectáreas. Delimitando así: (Mapa 1)

- Al sur oriente con la comuna 22
- Al oriente con la comuna 17
- Al norte con la comuna 19
- Al sur y occidente de ésta comuna se encuentra el límite del perímetro urbano de la ciudad.

Mapa 1. Ubicación de la Comuna 18.



Está compuesta por 14 barrios y 6 Urbanizaciones y sectores (Tabla 1) representando el 5,6% de los barrios y el 6,7% de las urbanizaciones de la ciudad. Por otro lado, esta comuna posee 602 manzanas, es decir el 4,1% del total de manzanas en toda la ciudad.

**Tabla 1. BARRIOS, URBANIZACIONES Y SECTORES DE LA COMUNA 18**

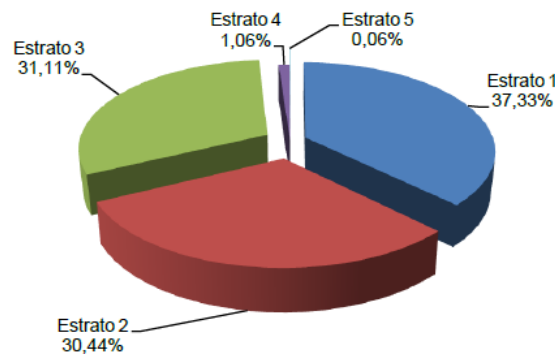
CÓDIGO	BARRIO, URBANIZACIÓN O SECTOR	CÓDIGO	BARRIO, URBANIZACIÓN O SECTOR
1801	Buenos Aires	1812	Colinas del Sur
1802	Caldas	1813	Alfárez Real
1803	Los Chorros	1814	Nápoles
1804	Meléndez	1815	El Jordán
1805	Los Farallones	1816	Cuarteles Nápoles
1807	Francisco Eladio Ramirez	1890	Sector Altos de los chorros
1808	Prados del Sur	1891	Polvorines
1809	Horizontes	1896	Sector Meléndez
1810	Mario correa Rengifo	1897	Sector Alto Jordán
1811	Lourdes	1898	Alto Nápoles

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipal

Esta comuna cuenta con 23.594 predios construidos, y representa el 4,1% del total de la ciudad. Está conformada por 25.865 viviendas, lo cual corresponde al 4,9% del total de viviendas de la capital vallecaucana. Así, el número de viviendas por hectárea es 47,6 cifra superior a la densidad de viviendas para el total de la ciudad que es de 43,3 viviendas por hectárea.

La comuna 18 está conformada por 602 manzanas, es decir el 4,1% del total de manzanas en toda la ciudad. El 37,33% de los lados de dichas manzanas corresponden al estrato 1, consolidándose éste en el estrato moda, seguido por el estrato 2 con el 30,44% de lados de manzana. Como se observa en la gráfica, la comuna 18 acoge en proporciones similares lados de manzana del estrato 1, 2 y 3 lo cual hace de ésta una comuna heterogénea con respecto a su conformación por estratos socio-económicos.

**Grafica 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS LADOS DE LAS MANZANAS DE LA COMUNA POR ESTRATO.**

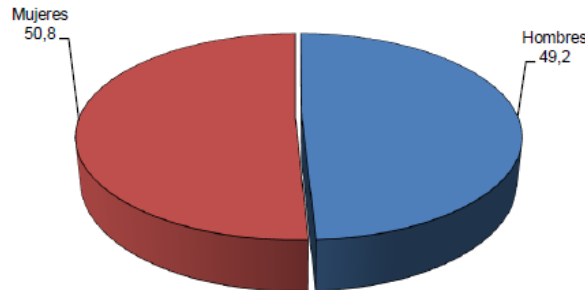


### 3.3. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

#### 3.3.1. POBLACIÓN

En cuanto a población, según las proyecciones presentadas en "Cali en Cifras 2010", en esta comuna habita el 5,1% de la población total del Municipio, es decir, 113.474 habitantes, de los cuales el 49,2% son hombres (55.858) y el 50,8% restante mujeres (57.616).

**Gráfica 2. POBLACIÓN DE LA COMUNA POR GÉNERO**



Fuente: Censo DANE – Cálculos DAPM, SDI

Esta distribución de la población por género es diferente al que se presenta para el consolidado de Cali (47,1% son hombres y el 52,9% mujeres), siendo la única comuna en la ciudad con un mayor porcentaje de mujeres en relación con los hombres.

**Tabla 2. POBLACIÓN DE LA COMUNA GRUPO DE EDAD**

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0 a 4	9,0	9,4	8,7
5 a 9	9,5	9,8	9,3
10 a 14	9,7	10,1	9,3
15 a 19	9,9	10,6	9,3
20 a 24	10,8	11,8	9,9
25 a 29	9,1	8,9	9,2
30 a 34	7,9	7,7	8,1
35 a 39	7,3	7,2	7,4
40 a 44	6,5	6,2	6,8
45 a 49	5,0	4,5	5,3
50 a 54	4,2	3,9	4,5
55a 59	3,3	2,9	3,7
60 a 64	2,5	2,3	2,6
65 a 69	1,9	1,7	2,1
70 o +	3,4	2,9	3,8
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Censo DANE – Cálculos DAPM, SDI

El número de habitantes por hectárea –densidad bruta– es de 209 habitantes, por encima del promedio de Cali que es de 180 habitantes por hectárea. Las proyecciones poblacionales del año 2005 al 2015 se muestran en la Tabla 3.

**Tabla 3. PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA COMUNA 18.**

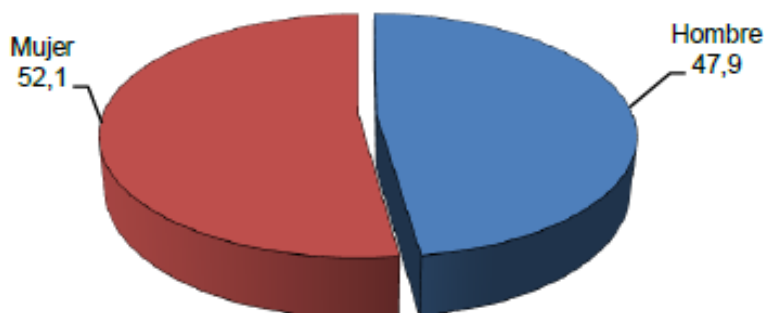
AÑO	HABITANTES	% DE CRECIMIENTO POBLACIONAL CON BASE CENSO 2005	% DE POBLACIÓN DE CALI
2005	97.811	-	4,4
2006	99.799	2,0	4,4
2007	103.200	3,3	4,6
2008	106.652	3,2	4,8
2009	110.038	3,1	4,9
2010	113.474	3,0	5,1
2011	116.966	3,0	5,2
2012	120.510	2,9	5,4
2013	124.105	2,9	5,5
2014	127.752	2,9	5,7
2015	131.453	2,8	5,9

Fuente: Censo DANE – Cálculos DAPM, SDI

### 3.3.2. POBLACIÓN ENCUESTADA POR SISBEN III. BASE CERTIFICADA JULIO 2010

Para la comuna 18 se registró en el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) una población de 52.732 personas, de las cuales el 47,9% son hombres y el 52,1% son mujeres (Gráfica 3). Esta población representa el 46,5% del total de la población de la comuna.

**Gráfica 3. POBLACIÓN SISBEN POR GÉNERO EN LA COMUNA 18**

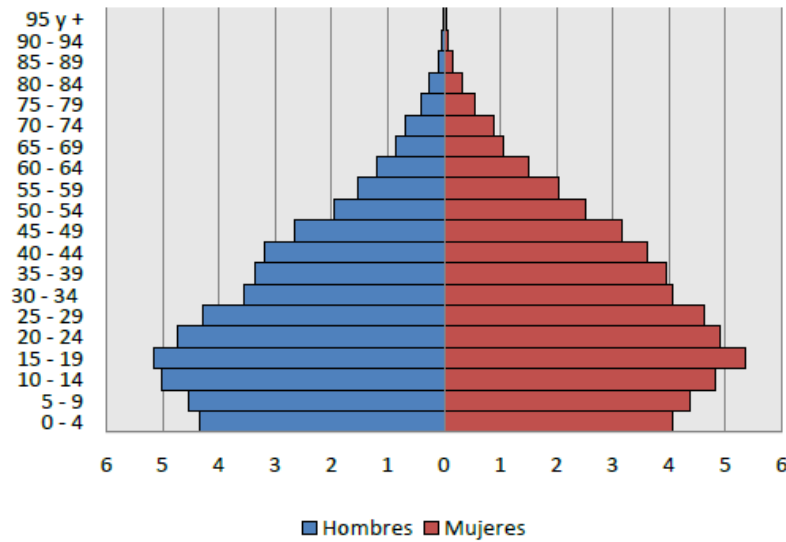


Fuente: DAPM – Censo SISBEN, Base Certificada Julio 2010.

Analizando la distribución de la población SISBEN para la comuna 18 según grupo etario y género, se obtiene la siguiente pirámide poblacional (Gráfica 4).



**Gráfica 4. PIRÁMIDE POBLACIONAL SISBEN COMUNA 18**



Fuente: DAPM – Censo SISBEN, Base Certificada Julio 2010.

Esta pirámide poblacional es de tipo Progresiva, ya que presenta una base dilatada y una cúspide estrecha, indicando una estructura de población joven, es decir, una alta proporción de niños y jóvenes, los cuales representan el 47,0% de la población.

#### **4. TRANSFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL VALLE DEL CAUCA**

##### **Decreto 265 – Decreto 879 de 2014**

Con los decretos No. 265 del 07 de abril de 2014 por medio del cual se “ADOPTA Y AUTORIZA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA.” Y No. 879 del 05 de septiembre de 2014, por medio del cual se “MODIFICA EL DECRETO No. 0265 DEL 07 DE ABRIL DE 2014”

Lo que permite contar con una herramienta técnica, financiera y jurídica, por medio de la cual se aborda la transformación de la Organización de la Red de Prestación de Servicios de Salud del departamento del Valle del Cauca, que conduce a lograr instituciones hospitalarias que cumplan con los parámetros básicos de calidad, accesibilidad, oportunidad, integralidad, eficiencia, humanización de servicios, mejoramiento de la infraestructura física y recambio tecnológico, que garanticen su viabilidad técnica y financiera.

La transformación de la Red hospitalaria del departamento, con enfoque regional, por áreas geográficas, de redes integradas de servicios de salud, en el marco de la estrategia de atención primaria de salud – APS, se consolida como la única alternativa de solución a la crisis técnica y financiera de las Empresas Sociales del Estado – ESE – que conforman la oferta institucional pública de servicios de salud del Valle del Cauca.

##### **4.1. GENERALIDADES DEL MODELO DE TRANSFORMACIÓN**

El marco técnico sobre el cual se soporta la transformación de la Red de Servicios de Salud del departamento son:

- El marco normativo y jurídico que define las competencias y responsabilidades en el sector salud a los entes territoriales.
- Los Planes de Desarrollo nacional y departamental que marcan rutas a seguir, en las que se debe incorporar, de forma inequívoca el sector salud como apunzalador del desarrollo humano.
- Los planes de salud pública, nacional y departamental, plan decenal de salud pública son pilares para la atención de servicios de salud en el departamento.
- El sector público de salud debe garantizar la calidad de vida de los habitantes y resolver casos de enfermedad, evitando la mayor cantidad de años de vida perdidos y las discapacidades.
- El sector público hará uso de las estrategias de atención primaria y la integración de servicios de salud para alcanzar modificaciones en el perfil de morbimortalidad de los vallecaucanos.
- El sector público deberá fortalecer su participación en el mercado de la salud, compitiendo con el sector privado desde la calidad en la atención de la salud y la enfermedad.
- Las alianzas público privadas serán artífices del desarrollo tecnológico.

- Las empresas sociales del estado deberán generar equilibrio financiero y rentabilidad social de la misma, en mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y de atención de la enfermedad acorde al desarrollo de las ciencias y la tecnología.
- El departamento del valle del Cauca, tiene desarrollos regionales con importantes centros urbanos que agrupan poblaciones de más de 500.000 habitantes, conglomerados poblacionales donde se deberán garantizar servicios de baja, mediana y alta complejidad.
- La transformación empresarial deberá beneficiar la población del Valle del Cauca, especialmente la más pobre y vulnerable, pero debe garantizar los derechos de los trabajadores.
- El capital humano será el capital más valioso de la red pública de prestadores de servicios de salud en el Valle del Cauca.
- La transformación del sector salud debe acompasarse al desarrollo de los municipios de Yumbo y Jamundí como áreas metropolitanas de Cali.
- Los prestadores de servicios de salud públicos del valle del cauca complementan la respuesta en salud de departamentos vecinos.
- El modelo de atención de servicios públicos de salud en el departamento del valle del Cauca, fortaleciendo las regiones, será una oportunidad para apalancar el desarrollo de municipios intermedios.

Los componentes del modelo transformador de la estructura pública de prestación de servicios de salud en el valle del cauca son los siguientes:

- Desarrollos regionales que garanticen acceso, con calidad de la atención de la salud y de la enfermedad de los vallecaucanos.
- Reorganización empresarial y avance tecnológico, garantizando el uso social de la rentabilidad.
- Fortalecimiento del capital humano de la salud.
- Enfoque de redes integrales e integradas de salud.

#### 4.2. MODELO DE ATENCIÓN

Los preceptos sobre los cuales se aplicara el modelo de atención en salud son los siguientes:

- Estará basado en la atención primaria en salud y estrategia de redes integradas de salud, organizadas territorialmente por regiones geográficas pero con identidad social y cultural y con accesibilidad vial garantizada.
- El objetivo será mantener y mejorar el estado de salud de la población y atender la contingencia de la enfermedad y la rehabilitación en un sitio cercano a su residencia, de la forma más oportuna posible.
- El sistema de atención será desconcentrado y basado en la atención del médico general, la detención del riesgo y la intervención familiar para el mantenimiento de la salud.
- La puerta de entrada al sistema la constituirá los auxiliares de salud pública y el equipo

básico de atención en salud multidisciplinario e intersectorial donde se articulan salud, educación y los programas sociales del Estado.

- La atención inicial se hará en la cercanía de la vivienda y lugar de trabajo, lo que implica la reapertura de puestos y centros de salud y su articulación con la estructura hospitalaria de la baja complejidad donde se garantiza la atención de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, según las normas vigentes.
- El enfoque de riesgo, permitirá el ajuste de los portafolios de servicios a las necesidades de cada comunidad con el propósito de preservar la salud y mejorar la calidad de vida y atender la enfermedad.
- Se ha diseñado una estructura de prestación basada en complejidades de atención y en la respuesta requerida por conglomerados lo que implica la desconcentración de servicios de alta complejidad a la medida.
- Se garantiza respuesta en la mediana y alta complejidad según el perfil de morbimortalidad y el enfoque de riesgo, en articulación público privada, por áreas geográficas de 30.000 habitantes.
- La estructura de baja complejidad deberá garantizar métodos y diagnósticos costo efectivos, y complementados con la mediana y alta complejidad con tecnologías especializadas, como la telemedicina.
- La mediana complejidad tendrá además de las cinco (5) especialidades básicas:
  - Medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y ortopedia y traumatología especialidades de apoyo como anestesiología y servicios de salud mental.
- La alta complejidad tendrá desarrollos regionales, según perfil de morbimortalidad y concentrara sus servicios en Cali, servicios que se definirán según un estudio de mercado y la factibilidad financiera de los mismos y en alianza público – privadas.

#### 4.3. AMBITO DE APLICACIÓN

##### ➤ **Servicios de Mediana Complejidad**

Corresponden a servicios a ofertar en complementariedad a la baja complejidad con desarrollo de la alta complejidad según perfil de morbimortalidad, con servicios especializados y de apoyo diagnóstico a la red primaria de atención.

- **Recursos Humanos:** De formación básica, liderados por el médico general y que incluye odontología general, enfermería, bacteriólogas, terapeuta, médicos especializados de Gineco-obstetricia, Pediatría, cirugía General, medicina Interna y ortopedia/traumatología.
- **Ámbito:** Diversos actores e instituciones locales – participación comunitaria e intersectorial.
- **Referente Espacial:** Hospital de mediana complejidad.
- **Portafolio:** Atención ambulatoria, consulta externa y de urgencias, procedimientos de tipo ambulatorio y electivo, así como también servicios de cirugía ambulatoria y electiva, programada hospitalaria y urgente, interconsulta a



los médicos especialistas. Hospitalización de mediana complejidad, servicios de apoyo diagnóstico de mediana complejidad, de laboratorio clínico, patología e imagenología radiología con radiólogo, ecografía, así como también servicios de apoyo terapéutico de rehabilitación con fisioterapia, terapia física, respiratoria, ocupacional y del lenguaje. Unidad de cuidados intermedios adultos y neonatales. Atención desconcentrada a nodos primarios, programación rotativa de especialidades básicas según perfil epidemiológico y necesidades de la población, específicamente gineco-obstetricia y medicina interna para el Valle del Cauca.

- **Responsabilidad Poblacional:** 100 mil personas 30.000 familias.

#### 4.4. ESTRUCTURACIÓN DE LA RED DEPARTAMENTAL DE SERVICIOS DE SALUD

Los criterios en los cuales se basa la transformación de la Red son:

- Transformación a ESE regional con puntos locales de atención en los cuales se ofertaran servicios de diferentes grados de complejidad que garanticen prestación integral de servicios de salud y tratamiento de la enfermedad en áreas geográficas definidas, con accesibilidad social económica.
- Implementación de la estrategia de Atención primaria en salud, como estrategia rectora de los procesos de atención en la salud y la enfermedad, apoyo al desarrollo social y estrategia de paz.
- Estructuración de redes complementarias de atención en patologías prevalentes: oncología, nefrología, neurocirugía, traumatología, ginecología, obstetricia, pediatría y salud mental.
- La población objetivo de la transformación de la Red de Servicios de Salud es la más pobre, no asegurada al Sistema de Seguridad Social y la población afiliada al régimen subsidiado.
- Garantía de atención integral y de calidad en áreas desconcentradas de la ciudad de Cali y convertirse en prestadores de calidad escogidos, en cumplimiento del derecho de las personas como su IPS de elección.
- Posibilidad de ofertar servicios como prestadores únicos, a los afiliados del régimen contributivo, sin embargo, se constituirá en ingresos adicionales a los de la población objetivo y una oportunidad adicional al crecimiento y fortalecimiento de la empresa regional.

Teniendo en cuenta las vías de acceso, el perfil epidemiológico, el enfoque de riesgo, las condiciones socio-culturales se estructura la red de servicios en seis (6) Áreas Geográficas así:

- Área Geográfica Norte
- Área Geográfica Centro Tuluá
- Área Geográfica Centro Buga
- Área Geográfica Suroriente
- Área Geográfica Sur Occidente
- Área Geográfica pacífico.

La Red Pública de Servicios de Salud en el Valle del Cauca, quedara distribuida de la siguiente manera:



Atendiendo los lineamientos del Ministerio de Salud y protección Social, los resultados del diagnóstico y la situación de la red, la nueva organización de prestadores de servicios de salud en el departamento, se construirá de manera escalonada entre los años 2013 y 2015 y su proceso de transformación se hará de la siguiente manera:

Área Geográfica	No.	Municipio	Población DANE 2013	Prestadores de Servicios	Nivel
Sur Occidente	1	Cali	2.319.684	Hospital Universitario del Valle	III
				Hospital Psiquiátrico del Valle	II
				<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO</b>	II
				Hospital Isaías Duarte Cansino	II
				Hospital Geriátrico San Miguel	I
				Red de Salud de Ladera	I
				Red de Salud de Centro	I
				Red de Salud Suroriente	I
				Red de Salud de Oriente	I
				Red de Salud de Norte	I
2	Dagua	36.151	Hospital Rufino Vivas	I	
3	Jamundí	114.707	Hospital Piloto	I	
4	La Cumbre	11.418	Hospital Santa Margarita	I	
5	Vijes	10.748	Hospital Local	I	
6	Yumbo	111.753	Hospital La Buena Esperanza	I	
<b>TOTAL POBLACIÓN</b>			<b>2.604.461</b>		

Fuente: SDS Valle del Cauca, Prestación de Servicios – Pob. DANE proyectado 2013



"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"



## 5. COMPONENTE ESTRATÉGICO

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo con orgullo cuenta con una historia de más de 44 años, donde la excelencia, la eficiencia, la honestidad, la solidaridad y la calidad técnica y humana de quienes laboran en la Institución han sido los pilares de ésta.

Nuestra misión se apunala en el cumplimiento eficaz de las funciones asignadas por la constitución y la ley, como Empresa Social del Estado que vela por la salud y calidad de vida de sus usuarios, en el marco de una gestión moderna, con responsabilidad y rentabilidad social y sostenibilidad económica. En síntesis la misión es:

- **Misión**

El hospital es una Institución de segundo nivel de atención que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y su familia a través de la prestación de servicios integrales de salud de baja, media y alta complejidad, donde nuestros usuarios son atendidos por personal competente, aplicando los principios y valores institucionales; apoyados en una implementación de tecnología e infraestructura segura, respondiendo ante todo al compromiso social, formación continua de nuestro personal, en correlación al desarrollo científico – académico de la región y responsabilidad de autosuficiencia financiera.

- **Visión**

Para el año 2021 el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo ESE, debe ser reconocido en la región como modelo de atención integral en salud humanizada y segura con altos estándares de calidad, apoyado en un grupo humano comprometido, con vocación de servicio, criterios Científicos, Administrativos y Tecnológicos, al servicio de la Comunidad.

- **Política de Calidad**

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, se compromete a mejorar permanentemente la prestación de los servicios de salud, garantizando oportunidad en la atención, infraestructura y tecnologías óptimas, canales de comunicación eficaces, equilibrio financiero y vocación del servicio.

- **Política de atención Humanizada**

“El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E se compromete a brindar una atención en el servicio con un trato humanizado y cálido, buscando que la interacción con nuestro personal, y las condiciones físicas y tecnológicas de los servicios ofrezcan siempre Condiciones de seguridad, dignidad, confidencialidad, bienestar y satisfacción a nuestros usuarios y sus familias, proveedores y clientes externos e internos”.



"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"



- **Política de Seguridad del Paciente**

Realizar una atención segura, sensibilizando y promoviendo, la gestión preventiva y correctiva sobre los incidentes y eventos adversos, fomentando el compromiso y la cooperación de los diferentes actores, la Institución, los Pacientes y Familiares para concertar y coordinar acciones que nos generen la cultura de seguridad del paciente, con el fin de minimizar el riesgo de ocurrencia de los eventos adversos.

- **Política de Riesgo**

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, consiente que en el desarrollo de sus actividades ocurren Riesgos inherentes a los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, los cuales pueden afectar el cumplimiento de los objetivos de la entidad, identifica mecanismos de control para administrarlos, en donde se comprende el análisis, valoración, tratamiento, seguimiento y evaluación de los mismos con el fin de cumplir con las metas y objetivos institucionales.

- **Política Ambiental**

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, es una institución de salud de nivel II de complejidad. Comprometida con el medio ambiente racionalizando el uso de los recursos naturales, promoviendo el reciclaje y el manejo ecoeficiente de los residuos. Con el fin de mitigar los efectos adversos propios del servicio de la institución garantizando el cumplimiento de los requisitos legales.

## 5.1. PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

Los principios éticos son universales y únicos, estos normativizan el comportamiento dentro de nuestra institución, constituyendo de esta manera el patrón de conducta que debe seguirse por todos los que laboran en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E con el propósito de buscar una armonía y la debida disposición en la prestación del servicio de salud a toda población que lo requiera.

Estos principios no fueron creados, son el resultado de la observación y análisis de la convivencia diaria, estos se reconocieron de forma inherente a las condiciones de cada funcionario, tratando de esta manera lograr la congruencia entre la ley y el comportamiento, pues no será nuestro objetivo instituir que “el que bote basura al suelo paga” si no que “debemos cuidar nuestra institución como nuestro segundo hogar”.

De esta manera nuestros principios éticos son:

- La dignidad, igualdad humana y protección por el paciente son esenciales en todos y cada una de las áreas y servicios que presta nuestra Institución.
- El desarrollo personal y profesional se respeta y se valora como parte del crecimiento del ser humano y camino idóneo para lograr el éxito Institucional.

- En el Mario actuamos de acuerdo a lo que sentimos, pensamos y somos, con sentido de pertenencia y amor a nuestra labor.
- Ningún interés personal o de grupo puede oponerse al cumplimiento de los objetivos del Hospital y a nuestro actuar orientado por la misión y valores.
- La administración correcta de los recursos del Hospital, compete a todos los funcionarios del Mario.
- La gestión financiera de la Institución es compatible con la búsqueda permanente de la excelencia en la prestación del servicio de salud a todos los usuarios.
- En el Mario todos los funcionarios asumimos la responsabilidad social y ética que nos compete como colaboradores del servicio público de salud.

## 5.2. VALORES INSTITUCIONALES

Los valores son aplicables y ejecutables solo por el ser humano y en nuestra Institución fueron elegidos y derivados de nuestros principios para ser incorporados en el desempeño diario de nuestros funcionarios, con el fin de conseguir un valor agregado a nuestro ejercicio del día a día y que este se vea reflejado tanto en el reconocimiento de usuarios y terceros que interactúan con nuestra institución como en la ratificación del camino correcto hacia una conducta recta, conforme a nuestros principios.

### - **Honestidad:**

Es actuar con honradez y rectitud, asumiendo nuestros errores y aceptando responsabilidades. En el ejercicio de nuestras labores diarias la Honestidad se fundamenta en el valor propio para actuar con integridad hacia la comunidad y nuestros compañeros.

### - **Confianza:**

La confianza es el convencimiento que alcanzamos sobre nuestras propias capacidades y cualidades. Se asienta en nosotros a medida que constatamos nuestra aptitud en las tareas que realizamos y al tiempo que logramos la habilidad para mantener relaciones de calidad con los demás.

### - **Respeto:**

El respeto es la esencia de las relaciones humanas, de la vida en comunidad, del trabajo en equipo y de cualquier relación interpersonal. Cada uno de nosotros debe reconocer y valorar el trabajo de todos y cada uno de aquellos con quienes interactuamos, asumir las competencias propias de sus funciones, sin interferir en las de los demás, si se presentaran diferencias, están deberán ser superadas por medio de la concertación o el dialogo.



- **Solidaridad:**

Cualidad de continuar unido a otros en creencias, acciones y apoyo mutuo, sobre todo en tiempos difíciles. Todos y cada uno de nosotros debemos colaborar en el desempeño de las funciones de nuestros compañeros, para lograr la eficiencia en la organización, no solo con el fin de obtener un beneficio propio, sino también para nuestra comunidad.

- **Responsabilidad:**

Responsabilidad es la aptitud de las personas para realizar eficientemente sus tareas. Cada uno de nosotros es responsable de realizar lo que nos corresponde, sin necesidad de que nos estén recordando lo que debemos hacer, porque esta virtud siempre está en busca de cumplir con nuestros objetivos tanto personales como profesionales.

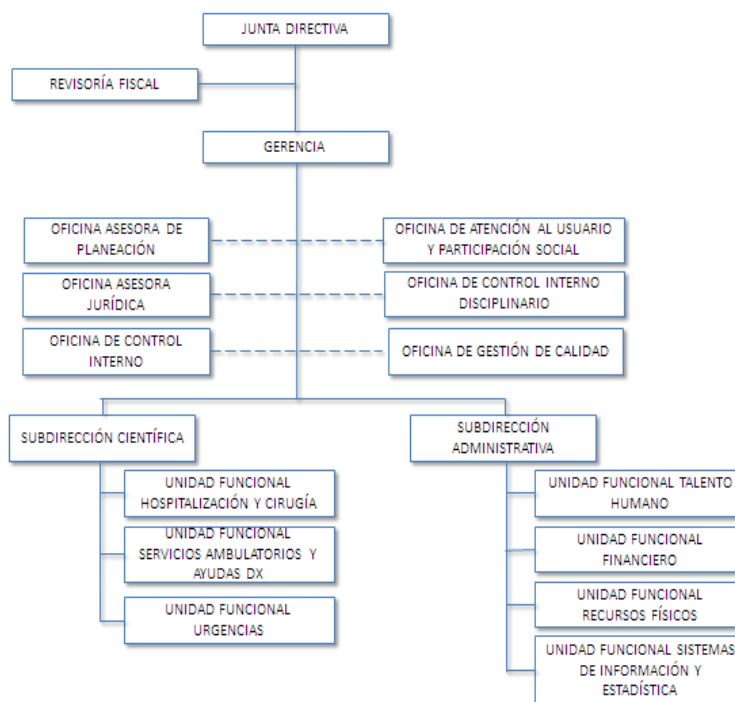
- **Excelencia**

La excelencia para nosotros se fundamenta en el esfuerzo permanentemente por satisfacer las expectativas de nuestros usuarios, buscando el mejoramiento continuo en cuanto a recursos humanos, procesos, tecnología y estructura, con enfoque hacia el servicio.

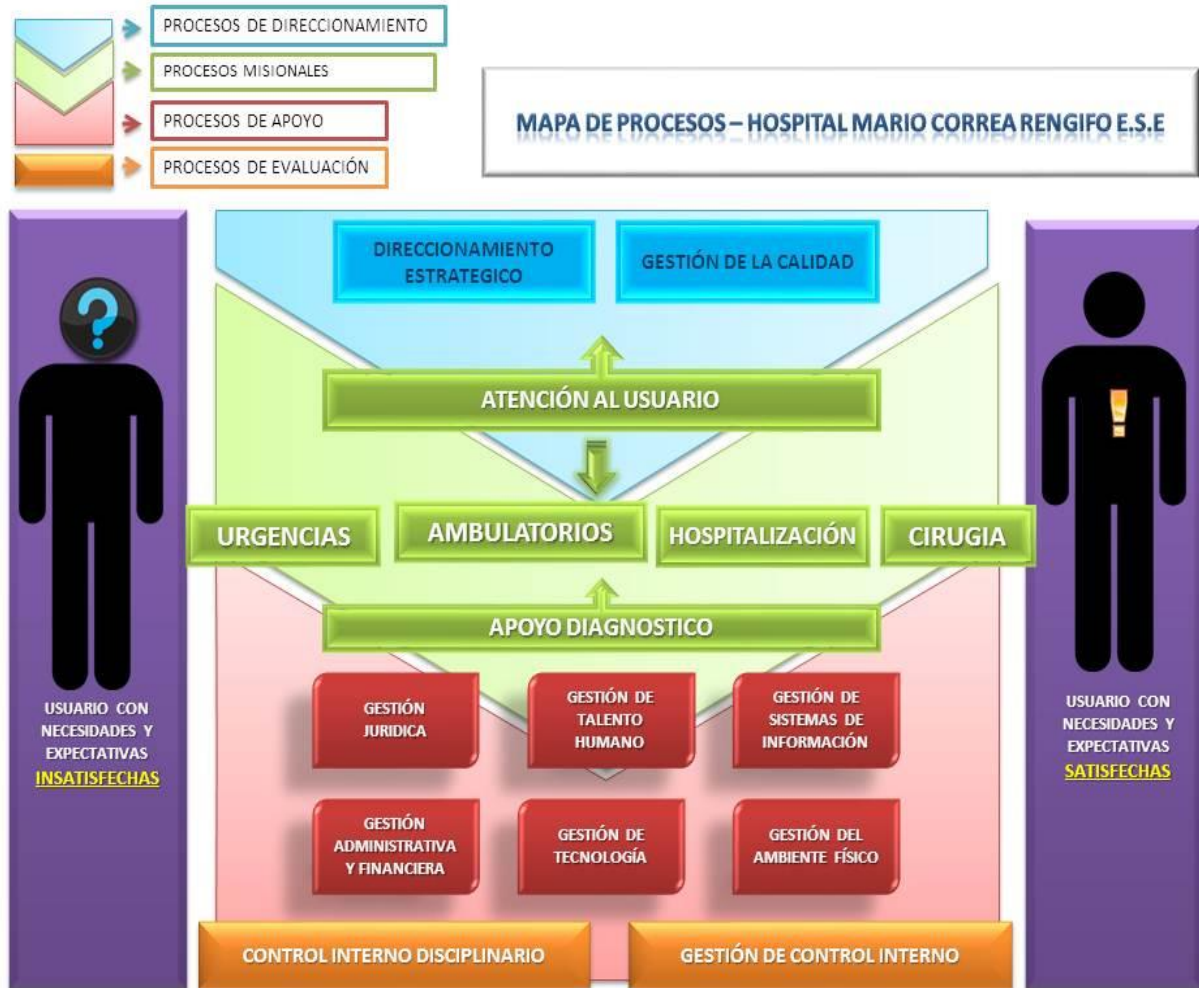
• **Liderazgo**

Buscamos el liderazgo a través de un equipo de trabajo altamente comprometido en el desarrollo de su potencial, que orienta sus esfuerzos en la consecución de los objetivos organizacionales a través de la innovación, competitividad, motivación y conocimiento, generando valor agregado al bienestar y calidad de vida de todos nuestros usuarios.

5.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



### 5.4. MAPA DE PROCESOS



## 5.5. SERVICIOS

### UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA

301	ANESTESIA	334	ODONTOLOGIA GENERAL
304	CIRUGIA GENERAL	335	OFTALMOLOGIA
305	CIRUGIA NEUROLOGICA	337	OPTOMETRIA
305	CIRUGIA PEDIATRICA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUNATOLOGIA
308	DERMATOLOGIA	340	OTORRINOLARINGOLOGIA
312	ENFERMERIA	342	PEDIATRIA
320	GINECOBSTRERITICA	344	PSICOLOGIA
325	MEDICINA FAMILIAR	355	UROLOGIA
328	MEDICINA GENERAL	365	CIRUGIA DERMATOLOGICA
329	MEDICINA INTERNA	369	CIRUGIA PLASTICA ESTETICA
331	NEUMOLOGIA	372	CIRUGIA VASCULAR
332	NEUROLOGIA	387	NEUROCIRUGIA
333	NUTRICION Y DIETETICA		

### APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA

#### UNIDAD ENDOSCOPICO Y TERAPEUTICO

ENDOSCOPIA DE VIA DIGESTIVA ALTA Y BAJO (COLONOSCOPIA)	
TERAPIA DE INYECCION PARA ULCERAS SANGRANTES	
LIGADURAS DE HEMORROIDES	
RECTOSIGMOIDOSCOPIA	DILATAACION URETRAL
POLIPECTOMIA	CISTOSCOPIA
FIBRONASOLARINGODSCOPIA DIAGNOSTICA	

#### 710 UNIDAD DE IMAGENOLOGIA

719	ULTRASONIDO
ECOGRAFIA GINECOLOGICA Y TRANSVAGINAL	
ECOGRAFIA CONVENCIONAL	
PROCEDIMIENTOS DIRIGIDOS POR ECOGRAFIA	
TOMOGRAFIA	RADIOGRAFIAS

701

**UNIDAD CARDIOVASCULAR NO INVASIVA**

PRUBA DE ESFUERZO ADULTO Y PEDIATRICO

HOLTER 24 HORAS ADULTO Y PEDIATRICO

MONITORIA DE PRESION ARTERIAL ADULTO

TRANSESOFAGICO Y TRANSTORAXICO ADULTO

ELECTROCARDIOGRAMA

ECOCARDOGRAMA

**COLPOSCOPIAS**

COLPOSCOPIA

CONIZACION

VULVOSCOPIA

ELECTRO CAUTERIZACION

706

**UNIDAD DE AYUDAS DIAGNOSTICAS**

LABORATORIO CLINICO ( QUIMICA CLINICA, HEMATOLOGIA, UROANALISIS, CORPROLOGICOS, INMUNOLOGIA, MICROBIOLOGIA

713

CENTRO TRANSFUCIONAL

718

LABORATORIO PATOLOGIA

**ESPIROMETRIA**

PROGRAMAS DE PROMOCION EN SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

RETIRO E INSERCIÓN DE IMPLANTE SUBDERMICO Y DIU

ODONTOLOGIA GENERAL

ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

OPERATORIA DENTAL

REHABILITACION-ENDODONCIA

PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

PERIODONCIA Y CX ORAL

**FARMACIA**

714

SERVICIO FARMACEUTICO

SERVICIO 24 HORAS

739

**FISIOTERAPIA**

729

TERAPIA RESPIRATORIA

740

FONOAUDILOGIA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE

REHABILITACION CARDIO-PULMUNAR

NEUROREHABILITACION

### ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL

- Atención a Pacientes Infantiles y Jóvenes
- Atención a Pacientes Para Rehabilitación Oral
- Atención a Pacientes Para Cirugía Oral, Odontología Estética e Implantología.
- Atención a Pacientes en Estado de Discapacidad y con Necesidades Especiales.

### UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

HOSPITALIZACIÓN MEDICINA INTERNA			
101	GENERAL ADULTOS	102	GENERAL PEDIATRICA
HOSPITALIZACIÓN QUIRURGICAS		HOSPITALIZACIÓN PEDIATRICA	

### **CAPACIDAD INSTALADA**

SERVICIOS	NUMERO DE CAMAS
PEDIATRICAS	27
QUIRURGICAS	12
MEDICINA INTERNA	66
OBSERVACION URGENCIAS	35
OBSERVACION PEDIATRICA	9

### **UNIDAD DE CIRUGIA**

Hospital Departamental Mario Correa Rengifo

203	CIRUGIA GENERAL	212	CIRUGIA PEDIATRICA
204	CIRUGIA GINECOLOGICA	213	CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA
207	CIRUGIA ORTOPEDICA	214	CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA
208	CIRUGIA OFTALMOLOGICA	215	CIRUGIA UROLOGICA
209	CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA	233	CIRUGIA DERMATOLOGICA





"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



## UNIDAD DE URGENCIAS

501	SERVICIO DE URGENCIAS 24 HORAS
OBSERVACION DE URGENCIAS ADULTOS	35
OBSERVACION URGENCIAS PEDIATRIA	9
MEDICINA INTERNA	PEDIATRIA
ORTOPEDIA	CIRUGIA GENERAL
GINECOLOGIA	CIRUGIA PEDIATRICA

**24 Horas**  
Cirugía de Urgencias

Se Fortaleció el servicio de Urgencias con Cirugía las 24 Horas a partir del 3 de Noviembre de 2015.

## PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA

815	ATENCION DOMICILIARIA DE PACIENTE CRONICO CON VENTILADOR
816	ATENCION DOMICILIARIA DE PACIENTE CRONICO SIN VENTILADOR
817	ATENCION DOMICILIARIA DE PACIENTE AGUDO
MANEJO DE EGRESO DE CONSULTA EXTERNA	

## NUEVOS SERVICIOS DE UROLOGIA

### NUEVOS SERVICIOS DE UROLOGIA

URETEROLITOTOMIA ENDOSCOPIA    URETEROLITOTOMIA ULTRASONICA

CISTOLITOTOMIA ULTRASONICA

Ureterorenoscopia flexible con laser Holmium

### PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Colocación de cinta Heterologa (SLING) para incontinencia urinaria (Urología o Ginecológica)

Cirugía de Reconstrucción Uretral con injerto de Mucosa Oral

Aplicación Intravesical de toxina Botulinica

Aplicación Endoscópica de sustancia ambulante para reflujo vesicoureteral (Vantris)

Colocación de dispositivo ajustable para incontinencia tipo Remeex

Colocación de Malla para prolapso (Anterior o Posterior) (Urología o Ginecológica)

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS – INTERMEDIOS**

CAMAS ADULTO UCI	12
CAMAS ADULTO UCIN	6

Visita en  
**YouTube**

Hospital Departamental Mario Correa Rengifo

- 1** ▶ Visita Presidente Juan Manuel Santos al HDMCR  
<https://www.youtube.com/watch?v=dTmmYJ-RmOU>
- 2** ▶ Entrevista Gerente HDMCR  
<https://www.youtube.com/watch?v=kgotHXRMYbl>
- 3** ▶ Video Unidad de Atención a Víctimas HDMCR  
<https://www.youtube.com/watch?v=Zoz6jul8Sas>
- 4** ▶ Institucional HDMCR 2014  
<https://www.youtube.com/watch?v=TYAmx0KdsZA>
- 5** ▶ Comercial HDMCR I  
<https://www.youtube.com/watch?v=5WQFTqI3d78>

## Nuevos Servicios

### Urgencias

**Dos consultorios  
 Pediátricos**

**Una sala de Espera  
 Pediátrica**

**Se amplió la sala de  
 espera para Adultos**

**Se amplió  
 Estación de  
 Enfermería**

**Reanimación se reubicó y se dio espacio  
 a una sala de Trauma**

**Observación 1  
 Antes 22 camas  
 Ahora 31 camas**

**Observación 2  
 3 Habitaciones  
 para 15 cupos**

**Medicina Interna  
 Antes 40 camas  
 Ahora 56 camas**

**DIRECTORIO DE PROFESIONALES**



**GUÍA TELEFÓNICA INTERNA**

**Número de Citas Telefónicas**

**3230824-25-26**



## 6. MARCO JURIDICO

- LEYES

**Artículo 339 de la Constitución Política de Colombia.** Habrá un Plan Nacional de Desarrollo conformado por una parte general y un plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional. En la parte general se señalarán los propósitos y objetivos nacionales de largo plazo, las metas y prioridades de la acción estatal a mediano plazo y las estrategias y orientaciones generales de la política económica, social y ambiental que serán adoptadas por el gobierno. El plan de inversiones públicas contendrá los presupuestos plurianuales de los principales programas y proyectos de inversión pública nacional y la especificación de los recursos financieros requeridos para su ejecución.

Las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el gobierno nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les hayan sido asignadas por la Constitución y la ley. Los planes de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones de mediano y corto plazo.

**Artículo 340 de la Constitución Política de Colombia.** Habrá un Consejo Nacional de Planeación integrado por representantes de las entidades territoriales y de los sectores económicos, sociales, ecológicos, comunitarios y culturales. El Consejo tendrá carácter consultivo y servirá de foro para la discusión del Plan Nacional de Desarrollo.

Los miembros del Consejo Nacional serán designados por el Presidente de la República de listas que le presenten las autoridades y las organizaciones de las entidades y sectores a que se refiere el inciso anterior, quienes deberán estar o haber estado vinculados a dichas actividades. Su período será de ocho años y cada cuatro se renovará parcialmente en la forma que establezca la ley.

En las entidades territoriales habrá también consejos de planeación, según lo determine la ley.

El Consejo Nacional y los consejos territoriales de planeación constituyen el Sistema Nacional de Planeación.

**Artículo 341.** El gobierno elaborará el Plan Nacional de Desarrollo con participación activa de las autoridades de planeación, de las entidades territoriales y del Consejo Superior de la Judicatura y someterá el proyecto correspondiente al concepto del Consejo Nacional de Planeación; oída la opinión del Consejo procederá a efectuar las enmiendas que considere pertinentes y presentará el proyecto a consideración del Congreso, dentro de los seis meses siguientes a la iniciación del período presidencial respectivo.

Con fundamento en el informe que elaboren las comisiones conjuntas de asuntos económicos, cada corporación discutirá y evaluará el plan en sesión plenaria. Los desacuerdos con el contenido de la parte general, si los hubiere, no serán obstáculo para que el gobierno ejecute las políticas propuestas en lo que sea de su competencia. No obstante, cuando el gobierno decida modificar la parte general del plan deberá seguir el procedimiento indicado en el artículo siguiente.

El Plan Nacional de Inversiones se expedirá mediante una ley que tendrá prelación sobre las demás leyes; en consecuencia, sus mandatos constituirán mecanismos idóneos para su ejecución y suplirán los existentes sin necesidad de la expedición de leyes posteriores, con todo, en las leyes anuales de presupuesto se podrán aumentar o disminuir las partidas y recursos aprobados en la ley del plan. Si el Congreso no aprueba el Plan Nacional de Inversiones Públicas en un término de tres meses después de presentado, el gobierno podrá ponerlo en vigencia mediante decreto con fuerza de ley.

El Congreso podrá modificar el Plan de Inversiones Públicas siempre y cuando se mantenga el equilibrio financiero. Cualquier incremento en las autorizaciones de endeudamiento solicitadas en el proyecto gubernamental o inclusión de proyectos de inversión no contemplados en él, requerirá el visto bueno del Gobierno Nacional.

**Ley 38 de 1989:** "Normativa del Presupuesto General de la Nación".

**Ley 152 de 1994:** Es la denominada Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, que tiene dentro de sus principios generales la participación ciudadana para la construcción de políticas públicas, el capítulo 3 establece la autoridades e instancias de planeación, otorgándole al Consejo Nacional de Planeación, junto con el Congreso de la República, el carácter de instancia. Adicionalmente establece su composición, las calidades de los integrantes del Consejo, su periodo, funciones y el proceso de designación por parte del Presidente de la República.

**Ley 179 1994:** "Por el cual se introducen algunas modificaciones a la Ley 38 de 1989, Orgánica de Presupuesto".

**Ley 225 1995:** "Por la cual se modifica la Ley Orgánica de Presupuesto".

**Ley 344 1996:** "Por la cual se dictan normas tendientes a la racionalización del gasto público, se conceden unas facultades extraordinarias y se expiden otras disposiciones".

**Ley 819 2003:** "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones".

**Ley 617 DE 2000:** "Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la Ley Orgánica de Presupuesto, el Decreto 1421 de 1993".

## • DECRETOS

**Decreto 2284 de 1994:** Establece que la participación de los Consejeros Nacionales de Planeación, representantes de las entidades territoriales, se hará con independencia de la persona que ejerza los cargos de Gobernador y Alcalde, según sea el caso. Adicionalmente reglamenta los parámetros para el proceso de designación de los Consejeros Nacionales.

**Decreto 359 1995:** "Por el cual se reglamenta la Ley 179 de 1994".

**Decreto 111 1996:** "Por el cual se compilan la Ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994 y la Ley 225 de 1995, que conforman el Estatuto Orgánico del Presupuesto".

**Decreto 568 1996:** "Por el cual se reglamentan las leyes 38 de 1989, 179 de 1994 y 225 de 1995, Orgánicas del Presupuesto General de la Nación".



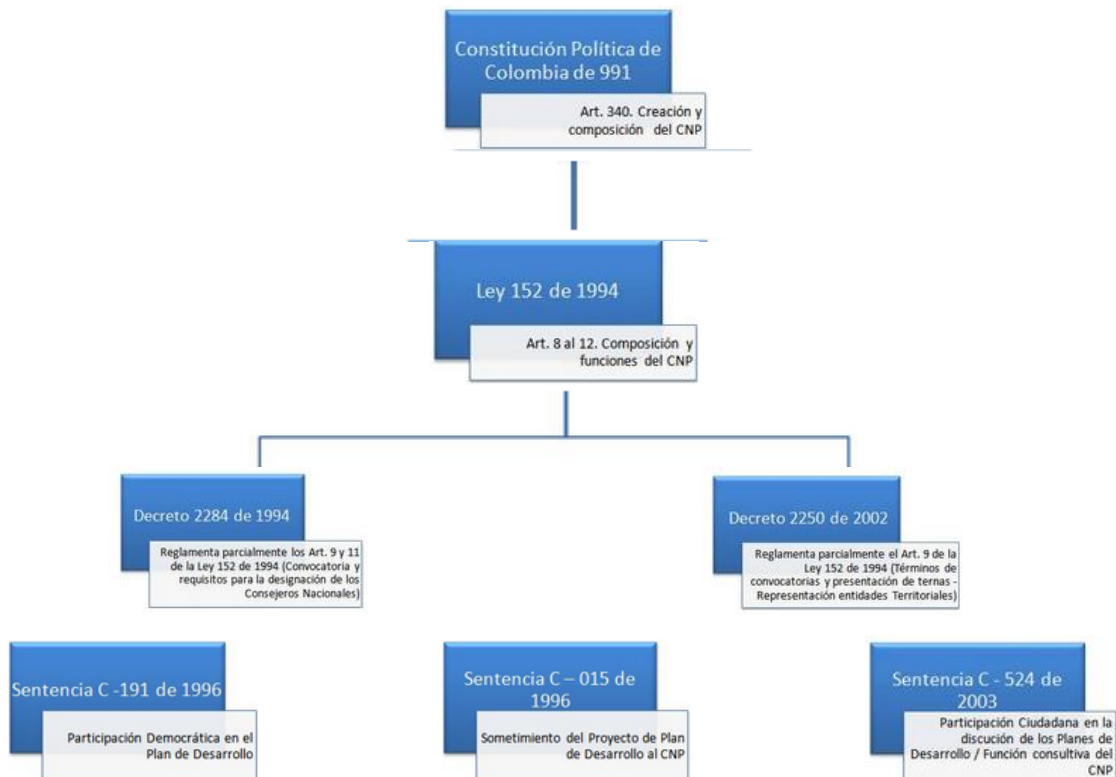
**Decreto 2250 de 2002:** Establece el proceso para la designación de los Consejeros Nacionales representantes de las entidades territoriales, proceso que se lleva a cabo según los grupos que establece esta norma, adicionalmente implementa el proceso de convocatoria adelantada por el Departamento Nacional de Planeación, así como la presentación de las ternas para la postulación.

- **SENTENCIAS**

**Sentencia No. C-015/96:** Contempla aspectos relacionados con la designación de los Consejeros Nacionales de Planeación y con su naturaleza. Respecto al concepto que debe emitir el CNP, la sentencia señala que: "es requisito indispensable, de obligatoria observancia, para la validez de la ley mediante la cual se adopte el Plan Nacional de Desarrollo".

**Sentencia C-191/96:** La participación democrática permea todo el proceso de planeación y no sólo la elaboración del Plan. Esto significa que es perfectamente legítimo que la ley establezca, dentro de ciertos límites, mecanismos de ejecución, fiscalización y evaluación del Plan que sean esencialmente participativos.

**Sentencia C-524/03:** Enuncia que "la realización del principio de participación consagrado en la Carta Política exige que la actuación del Consejo Nacional de Planeación y de los consejos territoriales, como instancias para la discusión del Plan de Desarrollo, se garantice no sólo en la fase de aprobación sino también frente a las modificaciones del Plan, lo que le otorga a dichos consejos permanencia institucional para el cumplimiento de su función consultiva". En consecuencia, la función consultiva de los Consejos de Planeación no se agota en la fase de discusión del Plan, sino que se extiende a las etapas subsiguientes relacionadas con su modificación





## 7. DIAGNOSTICO ESTRATEGICO INICIAL

### 7.1. CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL NIVEL TERRITORIAL

Se debe tener en cuenta en el diagnóstico inicial el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero del Ministerio de Hacienda y Crédito Público en el que se encuentra la Institución, a un que en la Resolución 1893 de 2015 el Hospital esta categorizado con **sin riesgo**. Y la cual se ratificó para el siguiente año con la Resolución 2184 de 2016 donde nuevamente se categoriza al Hospital **sin riesgo**.

A continuación se describe brevemente las causas por las cuales el hospital ingreso al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado:

- **CAUSAS DE LA CATEGORIZACIÓN EN RIESGO**

De acuerdo a la Resolución 2509 de 2012 Las Empresas Sociales del estado del Nivel territorial se podrán categorizar en riesgo alto, medio, bajo o sin riesgo, teniendo en cuenta la capacidad de financiar las obligaciones las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes de las instituciones, frente a los ingresos operacionales corrientes, y será diferencial para aquellas Empresas del estado del nivel territorial que operan en condiciones de mercado especiales.

- **INFORMACIÓN PARA LA CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO**

Información presupuestal y financiera.

Esta información se soportara en la información presupuestal y financiera reportada con corte 31 de Diciembre de la vigencia anterior al año en que se realiza la categorización, en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, y que se encuentre incluida en el reporte anual que se establece dicha norma.

Para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que se realice en el año 2012, se tendrá en cuenta la información anual consolidada, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud al 16 de agosto de 2012. Con la anterior información, Ministerio de salud Y protección Social comunicara a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, la categorización del riesgo de dichas Empresas Sociales del Estado.

Con todo lo anterior y el análisis realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo fue categorizado en riesgo medio debido a que su índice de riesgo estuvo entre menos 0,11 y menos 0,20.

- **ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCIÓN PROGRAMA**

Acuerdo de la junta directiva No. 020 de Diciembre 31 de 2013 “Por medio del Cual se aprueba la reformulación del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo ESE y se le conceden facultades al Gerente para que lo adopte” Resolución 440 de Diciembre 31 de 2013 “Por medio del Cual se adopta a reformulación del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo ESE.”

- **FECHA DE VIABILIZACIÓN**

Mayo de 2014 – Concepto de Viabilidad.

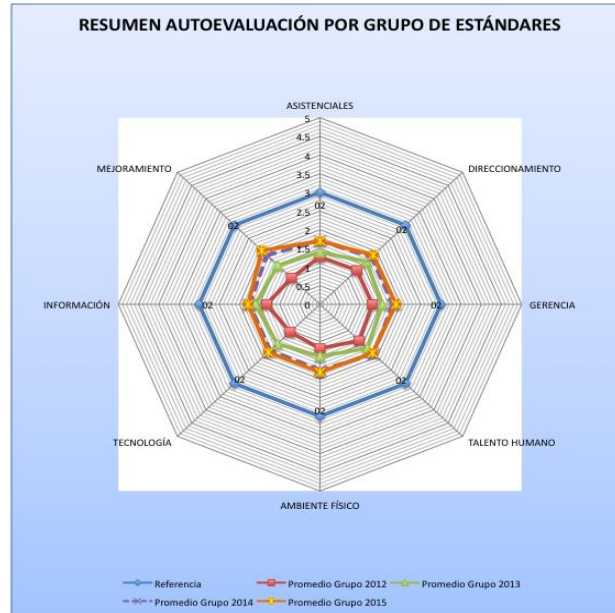
## 7.2. RESULTADO EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN 2015

El informe del plan de gestión correspondiente entre el 1° de enero y el 31 de diciembre del 2015, fue de **4,11** de acuerdo a la aplicación de los anexos 2, 3 y 4 de la Resolución 743 de 2013.

La calificación obtenida conforme al criterio definido en el anexo No. 5 de la escala de resultado de la resolución 710 del 30 de marzo de 2012, es **SATISFACTORIA**.

## 7.3. ANALISIS GESTION DIRECCION Y GERENCIA

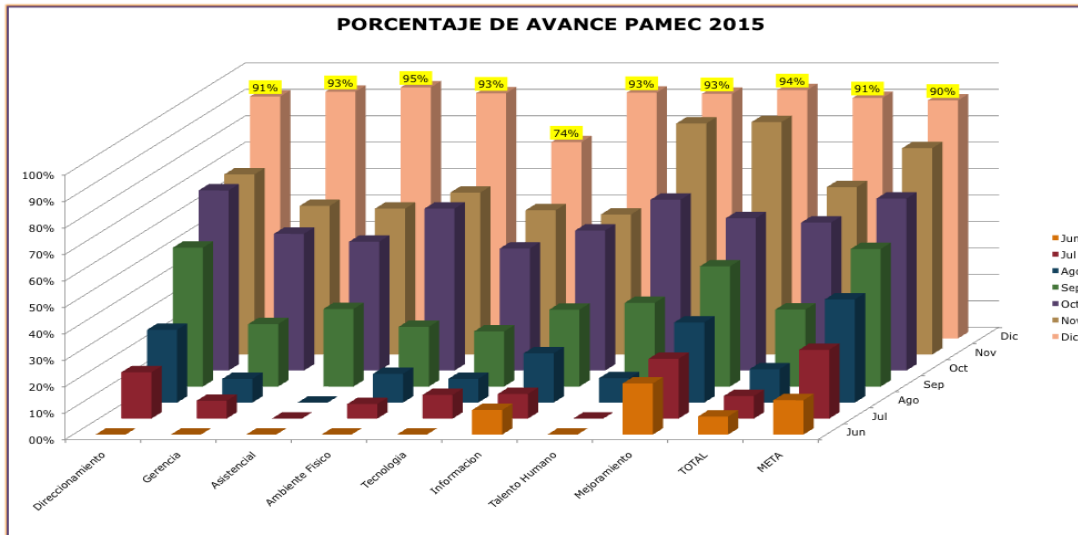
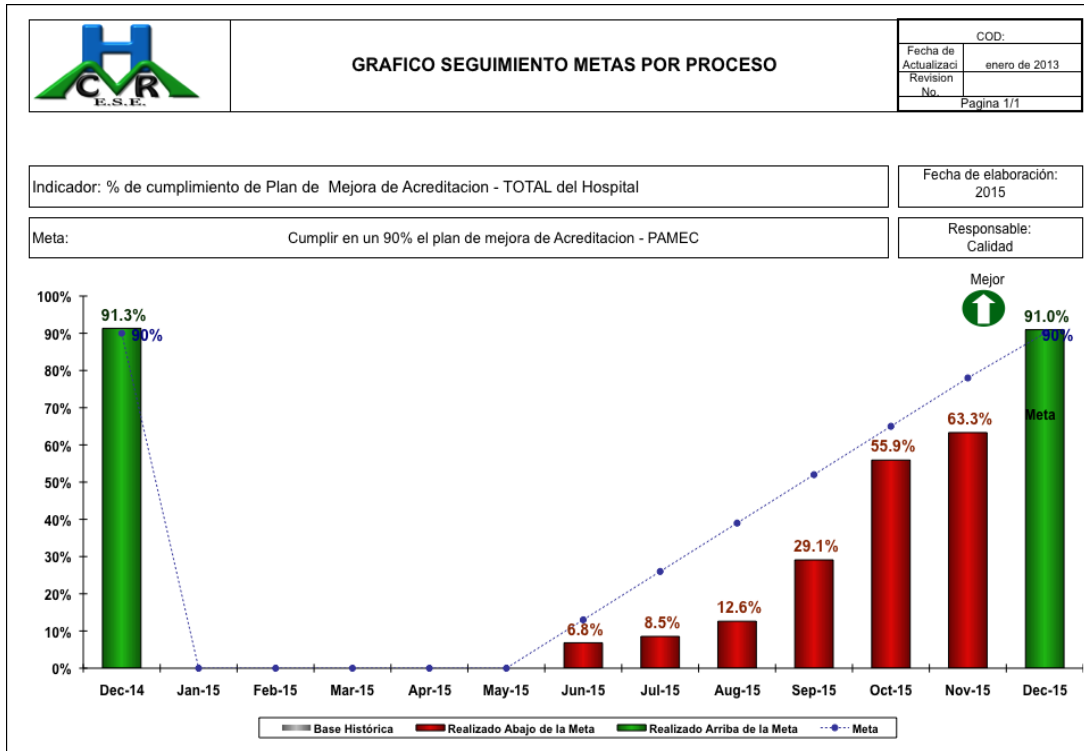
Como resultado del ejercicio de Autoevaluación cuantitativa de los estándares de acreditación al cierre del Tercer ciclo de preparación para acreditación, se obtiene un promedio de calificación de 1,8, lo cual permite mantener el resultado en la autoevaluación del año 2014. La variación del ejercicio entre 2015 y 2014 es de 1, resultado que aunque no cumple la meta de incremento, es muy importante ya que mantiene los avances logrados en los ciclos anteriores. Es necesario resaltar el trabajo desarrollado en todos los estándares, para lo cual se ha requerido del compromiso, inventiva y dedicación de los equipos de acreditación. El resultado también refleja el compromiso institucional por mantener una mirada crítica a la calificación de los estándares, como también el de reconocer que a medida que se avanza en el proceso de acreditación, es mucho más difícil avanzar en la calificación, por el nivel de exigencia de los estándares. Entre algunos de los aspectos claves que no han permitido el cumplimiento de algunos aspectos, está el de la aprobación para proyectos de infraestructura, la implementación del sistema de información, que ya inicio y se espera culminar en el 2016, las dificultades del mercado en cuanto a tarifas y cobro de cartera, situaciones estas, que afectan la dinámica de la institución. En el grafico se puede observar en rojo el resultado del 2012 y en verde el avance obtenido en el 2013, en color morado punteado el avance del año 2014 y en naranja el resultado del 2015. El reto es aun grande, pero la alta dirección y la organización están enfocadas en trabajar por la meta de la Acreditación. En el año 2016 se trabajará el cuarto ciclo de preparación para la Acreditación el cual necesitará de un mayor compromiso institucional.



### 7.3.1. INFORME DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC

En el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E. la estructura del PAMEC - Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad, se enfocó en la ejecución de los planes de mejora derivados del ejercicio de Autoevaluación cualitativa del Manual de Estándares de Acreditación Ambulatorio y hospitalario según la resolución 123 de 2012. Aunque metodológicamente al realizar la priorización de procesos prioritarios el PAMEC se puede enfocar solamente en los procesos asistenciales, la institución decidió involucrar a todos los procesos, de tal manera que se trabajaran todos los estándares del manual de acreditación ampliando así el alcance del PAMEC y el impacto en el mejoramiento institucional. De esta forma se conformaron los diferentes equipos de trabajo por grupos de estándares, los cuales desarrollaron las acciones planteadas en su plan de mejora, estas acciones fueron objeto de seguimiento de manera mensual, como se observa en el gráfico adjunto. Finalmente se logró un promedio de cumplimiento del 91% (523 acciones de mejora ejecutadas sobre 575 acciones de mejora planeadas), lo cual es un excelente resultado para el cumplimiento del tercer ciclo de preparación para la acreditación. La institución seguirá trabajando el nuevo PAMEC en el año 2016 para poder continuar con un cuarto ciclo de preparación para la Acreditación integrando la Auditoria para el mejoramiento de la calidad con el Sistema Único de Acreditación.

### SEGUIMIENTO POR GRUPO DE ESTANDARES



	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Direccionamiento	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	17,5%	27,5%	52,5%	68,1%	68,1%	91,5%
Gerencia	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	0,0%	6,7%	9,0%	23,6%	51,7%	93,3%
Asistencial	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	0,0%	0,0%	29,3%	48,7%	55,1%	94,9%
Ambiente Fisico	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	5,5%	10,9%	22,6%	61,2%	61,2%	92,7%
Tecnologia	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	9,0%	9,0%	20,8%	46,2%	54,5%	74,2%
Informacion	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	9,3%	9,3%	18,6%	29,1%	52,9%	92,9%
Talento Humano	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	9,2%	31,6%	64,6%	87,3%	92,5%
Mejoramiento	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	19,4%	22,6%	30,3%	45,5%	57,6%	87,9%
TOTAL	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	#/DIV/O!	6,8%	8,5%	12,6%	29,1%	55,9%	91,0%
META	0%	0%	0%	0%	13%	26%	39%	52%	65%	78%	90%

Estándar	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Direccionamiento	Cerradas						7	11	21	32	32	43
	Proceso						10	8	6	5	5	0
	Atrasadas						0	0	0	1	1	4
	No Iniciadas						23	21	13	9	9	0
	Total						40	40	40	47	47	47
Gerencia	% Cerradas	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	18%	28%	53%	68%	91%	
	Cerradas						0	6	21	46	50	83
	Proceso						0	5	17	11	9	0
	Atrasadas						0	0	28	21	19	6
	No Iniciadas						88	78	48	30	11	0
Total						88	89	89	89	89	89	
Asistencial	% cerradas	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	0%	7%	9%	24%	52%	93%	
	Cerradas						0	0	22	38	43	75
	Proceso						0	0	11	7	2	0
	Atrasadas						0	0	1	1	1	4
	No Iniciadas						53	53	41	32	32	0
Total						53	53	75	78	78	79	
Ambiente Físico	Avance	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	0%	0%	29%	49%	55%	95%
	Cerradas						5	10	21	60	60	89
	Proceso						34	43	49	27	27	0
	Atrasadas						0	18	17	10	10	7
	No Iniciadas						52	21	6	1	1	0
Total						91	92	93	98	98	96	
Tecnología	Avance	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	5%	14%	23%	61%	61%	93%
	Cerradas						6	6	15	30	36	49
	Proceso						5	5	5	12	10	0
	Atrasadas						7	7	8	22	19	17
	No Iniciadas						49	49	44	1	1	0
Total						67	67	72	65	66	66	
Información	Avance	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	9%	9%	21%	46%	55%	74%
	Cerradas						8	16	25	45	45	79
	Proceso						21	21	14	29	29	0
	Atrasadas						0	0	36	0	0	6
	No Iniciadas						57	57	49	11	11	0
Total						86	86	86	85	85	85	
Talento Humano	Avance	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	9%	19%	29%	53%	53%	93%
	Cerradas							8	25	51	69	74
	Proceso							32	19	12	9	0
	Atrasadas							0	1	7	1	6
	No Iniciadas							47	34	9	0	3
Total							87	79	79	79	80	
Mejoramiento	Avance	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	9%	32%	65%	87%	93%	
	Cerradas						6	7	10	19	29	31
	Proceso						17	18	16	15	13	4
	Atrasadas						0	0	4	2	0	2
	No Iniciadas						8	6	3	1	1	0
Total						31	31	33	33	33	33	
TOTAL HDMCR	Avance	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	19%	23%	30%	45%	58%	88%
	Cerradas						14	39	69	165	321	364
	Proceso						38	93	130	136	116	95
	Atrasadas						0	7	57	86	62	51
	No Iniciadas						153	318	291	180	75	65
Total						205	457	547	567	574	575	
Avance	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	# DIV/O!	7%	9%	13%	29%	56%	63%	91%

En el gráfico se observa el comportamiento de los grupos de estándares a lo largo del año 2015.

### 7.3.2. EJECUCIÓN PLAN DE DESARROLLO VIGENCIA 2015

#### ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA

Finalmente se definen los programas necesarios para el logro de los resultados esperados. Estos fueron planteados de manera suficiente y ordenada para asegurar el logro de cada uno de los resultados. Para la evaluación objetiva de estos alcances se definieron las metas. Es decir se delimitó el compromiso adquirido en el plan en términos de cantidad, calidad, lugar y tiempo.

A continuación se describe el Plan Operativo vigencia 2015 con sus respectivas metas, acciones, indicadores y recursos asignados para su cumplimiento el cual será evaluado de manera semestral.





"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



## EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Para la llevar un control sobre la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo, la gerencia despliega un plan operativo anual, el cual da cobertura a los tres ejes estratégicos, de tal manera que permita no solo dar cumplimiento al plan de desarrollo sino también al mejoramiento institucional. Cabe resaltar que la institución cuenta con indicadores de gestión por procesos los cuales algunos hacen parte de nuestro plan de desarrollo el seguimiento al plan operativo se realizara de manera semestral.

## PRESUPUESTO PLURIANUAL - 2015

Entendiendo que el Presupuesto Plurianual, se da cuando se requiere identificar las fuentes de financiación para programas y proyectos de inversión pública de más de una vigencia fiscal, se tiene que para el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, estas fuentes de financiación son generadas a través de dos modalidades, una de ellas y la de mayor impacto, es el presupuesto institucional general u operacional de la Institución, el cual por medio de sus diferentes rubros se ejecutan programas, actividades y/o demás que aportan al cumplimiento de metas, este se genera de forma anual y es aprobado por la Junta Directiva, en donde el equipo Gerencial del Hospital previamente lo ha diseñado y ha previsto lo que se ejecutara en la vigencia. Cabe anotar que este Presupuesto Institucional es perfectamente identificable como fuente de financiación del Plan de Desarrollo, ya que ambos están alineados a la operación real y ejecutable de cada vigencia. La segunda fuente de financiación es el Presupuesto Plurianual de Inversión, el cual se incluye como rubro del presupuesto institucional, por motivos de revisión y aprobación de la Junta Directiva, en donde previamente se ha estudiado el valor a presupuestar y a que programas se enfocara, sin embargo este rubro no es obligatoriamente designado para cada vigencia, pues si se tiene que con el presupuesto institucional, se puede ejecutar los programas previstos para la vigencia.

Una vez finalizado el análisis del cumplimiento de todas las actividades propuestas con sus respectivos indicadores se obtiene un cumplimiento total del **95.75%** como se muestra a continuación.

PLAN FINANCIERO VIG 2015	
EJE ESTRATEGICO	VALOR ASIGNADO
EJE ESTRATEGICO No. 1: El Hospital se gerencia con principios y estrategias de una gestión moderna.	\$ 7.556.648.015
EJE ESTRATEGICO No. 2: Los procesos administrativos del Hospital se implementan con criterios de rentabilidad social y estabilidad económica.	\$ 4.404.183.923
EJE ESTRATEGICO No. 3: Se consolida una oferta de servicios en salud de calidad que atiende necesidades y especificidades de la población usuaria.	\$ 9.051.494.528
<b>TOTAL DE RECURSOS</b>	<b>\$ 21.012.326.466</b>



"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"



<b>RESULTADO PLAN DE DESARROLLO 2012 - 2015 Y PLAN OPERATIVO 2015</b>				
<b>PROGRAMAS</b>	<b>EJES ESTRATEGICOS</b>			
	<b>EJE No. 1</b>	<b>EJE No. 2</b>	<b>EJE No. 3</b>	
Programa 1	100	100	95	
Programa 2	109	91	80	
Programa 3	102	79	116	
Programa 4	107	100	90	
Programa 5	100	100	124	
Programa 6	101	100	100	
Programa 7	50	80	100	
Programa 8	100	90	94	
Programa 9			94	
Programa 10			100	
Programa 11			82	
<b>TOTAL</b>	<b>96,13</b>	<b>92,50</b>	<b>97,73</b>	<b>95.75</b>

Cabe resaltar que nuestro Plan de Desarrollo tuvo una modificación para el año 2015 lo que permitió alinear los ejes estratégicos frente a los objetivos y programas generando unas metas coherentes y unas actividades que permitieron el cumplimiento de las mismas.

#### 7.4. AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

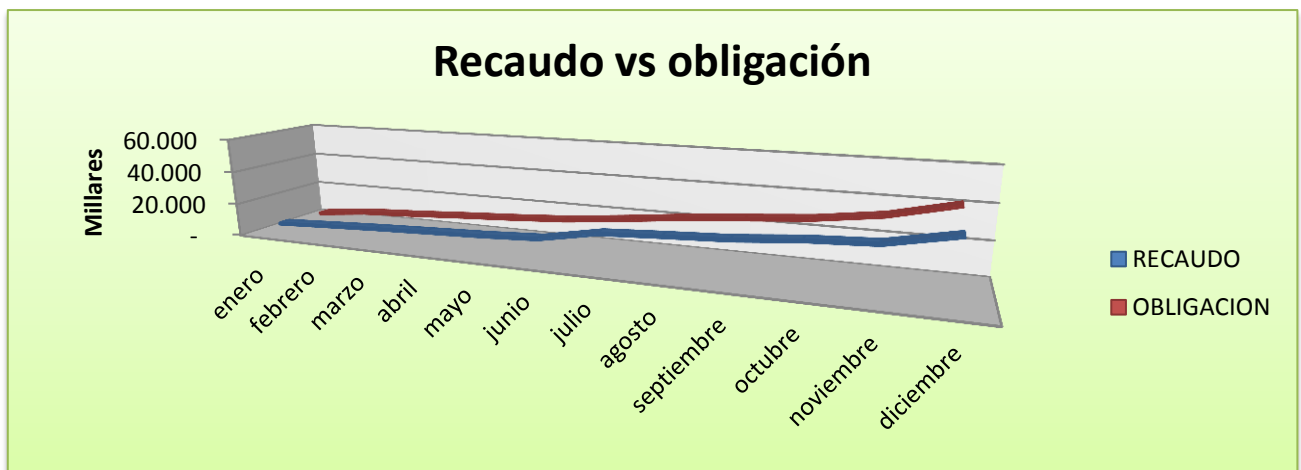
- **EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO.**

Equilibrio Presupuestal	
Ingresos recaudados a Dic 2015	\$ 38.231.493.934,00
Recaudos CxC vigencia anterior	\$ 0
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 38.231.493.934,00</b>

Gastos comprometidos a Dic 2015	\$ 32.894.844.180,00
CxP vigencias ant	\$ 9.005.280.775,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 41.900.124.955,00</b>

<b>Resultado</b>	<b>0.91</b>
------------------	-------------

El equilibrio operacional no determina el ejercicio fiscal de la entidad. Dependemos de los procesos establecidos por la Nación para el pago de nuestra prestación del servicio de salud, generando un recaudo lento, el cual va en disonancia a la operatividad del servicio que al ser prestado por particulares sea la compra de servicios y bienes, genera un déficit fiscal que se apalanca con los reconocimientos de los ingresos facturados y su posterior cartera por cobrar a 90 días, la cual al corte del 31 de diciembre asciende a la suma de 5.000 millones de pesos, con lo cual se logra dar efectividad operativa al Hospital en cumplimiento de la misión y visión del mismo.



Fuente: Grafico propio Área financiera

Una vez visto nuestro equilibrio operacional, pasamos a analizar nuestra optimización del gasto de acuerdo con las metas asignadas a nuestra medida. Es de observar que el Hospital ha limitado la asignación presupuestal a lo estrictamente ejecutable con relación a la operatividad que demanda los ingresos por servicios de salud.

Es así como para nuestro análisis debemos de observar la disminución del gasto del 18% de la vigencia 2015 comparada con la vigencia 2014 y Cotejada con el recaudo, nos podemos dar cuenta que estamos manejando una racionalización del gasto por encima de la meta expuesta en esta medida.

Mirando los gastos de una vigencia a otra sin tener en cuenta el recaudo o reconocimiento, nos podemos dar cuenta que el aumento de los valores va directamente proporcional al aumento de la venta del servicio de salud, además de reconocer una disminución en las transferencias corrientes de 73% y en la inversión debido al contrato de Salud pública que disminuyó en un 30%.

Al comparar el valor del gasto con el recaudo, podemos apreciar que hemos sido efectivos sosteniendo una sana austeridad y medida en el costo de la operación, garantizando así la debida proporcionalidad y conformidad de resultados en términos de costo-beneficio. En la siguiente gráfica se muestra en detalle la ejecución de la imputación del gasto mirando la disminución de algunos rubros y aumento de otros, condicionados a la inversión realizada para la ejecución de nuevos negocios para el hospital como el caso de la UCI y aumento en actividades como cirugías y ambulatorios sobre todo en el primer semestre.

Detalle gasto Compromis	2.015	2.014	Variación	porcentual	OBSERVACION	gastos vr recaud	gastos vr. Recaud	Difere ncia - Evoluc
Gastos de Funcionamiento	25.128.948.887	21.481.768.171	3.647.180.716	17%	Disminución del gasto de funcionamiento comparado con el año 2014 en un 2% con reducción en gastos de personal y transferencias corrientes.	65%	67%	-2%
Gastos de Personal	15.496.095.299	13.463.797.467	2.032.297.832	15%	la nomina y servicios personales fueron sostenidos, generando mayor efectividad en las actividades desarrolladas por el mismo personal, dando como resultado aumento en las ventas por servicios de salud.	40%	42%	-2%
Servicios Personales Indirectos	10.918.406.019	9.152.154.309	1.766.251.710	19%	sostenimiento del personal contratado generando casi el mismo gasto con aumento de la venta del servicio.	28%	29%	0%
Gastos Generales	5.457.001.780	3.770.125.598	1.686.876.182	45%	se ve un notable aumento por el reconocimiento de la deuda contraída con servicios públicos de promoambiental y aumento de los servicios de mantenimiento en las áreas de Pediatría y Medicina Interna, y unidad de cuidados intermedios. Inversión realizada para incrementar el ingreso en los dos últimos trimestres	14%	12%	2%
Transferencia corrientes	176.837.554	653.613.335	-476.775.781	-73%	Disminución notable en este rubro conservando la política y medidas realizadas para el saneamiento	0%	2%	-2%
Gastos de asociados PERACION COMERCIAL Y	3.999.014.254	3.594.231.771	404.782.483	11%	Los gastos de medicamentos y material médico quirúrgicos aumentaron en forma concordante con el aumento de la operatividad del Hospital. Se mantuvieron limitantes de compra de acuerdo a las prioridades y necesidades de operación. Reduciendo en un 1% el gasto por este concepto	10%	11%	-1%
Medicamentos	1.113.153.484	1.102.734.151	10.419.333	1%		3%	3%	-1%
Inversión	10.981.005.425	15.796.512.620	-4.815.507.195	-30%	El rubro de inversión disminuyó por el proyecto de Salud pública que para el año 2015, fue tan solo de 11 mil millones comparado con el año 2014 el cual fue de casi 16 mil millones de pesos	29%	50%	-21%
Total Gastos	41.900.124.952	40.368.448.858	1.531.676.094	4%	Disminución del gasto con relación al año 2014, en el 18% comparado con el recaudo. se debe tener en cuenta el reconocimiento del ingreso con aumento del 13% y del recaudo del 21%	109%	127%	-18%
Reconocimiento	49.820.772.301	44.252.859.511	5.567.912.790	13%	Aumento del reconocimiento de acuerdo al aumento de la venta			
Recaudo	38.528.967.184	31.881.019.913	6.647.947.271	21%	El aumento del recaudo se debe al ingreso total de los recursos de salud pública en el año de su ejecución. El año 2014 por el mismo concepto faltó por recaudar casi 7,000 millones de pesos			

De los 38.529 millones, 19.450 se generaron por Contrato de salud pública y 1.465 por transferencias del PSFF. Arrojando un total de recaudo corriente por servicio de salud de 17.614 millones, los cuales al ser comparados con los 18.931 millones de la vigencia 2014 arroja un decremento del 7.5% en el recaudo, comportamiento de la cifra dada por la situación coyuntural que están viviendo las EPSs en el departamento del Valle y la liquidación de la Empresa SALUDCOOP Y CAPRECOM, uno de nuestros principales clientes de giro directo.

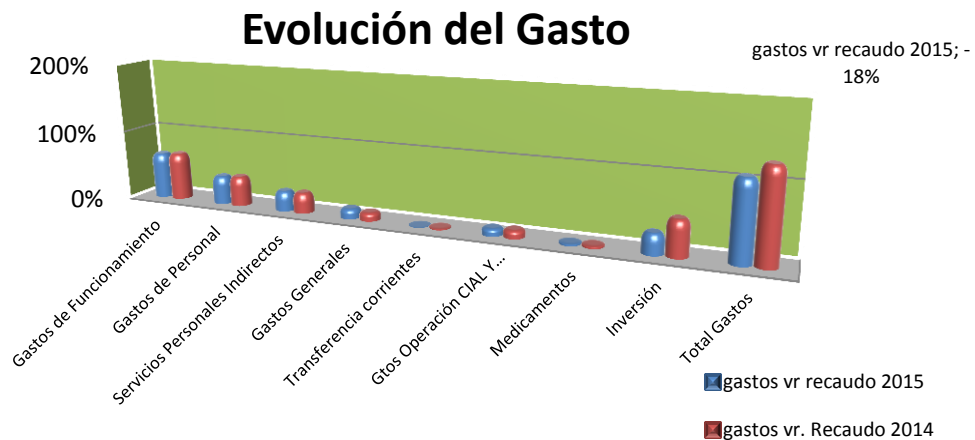
La tendencia del recaudo disminuyo, aun así, se generó un decremento y racionalización del gasto en un 18% a diciembre de 2015, comparado con el total a diciembre de 2014. Cumpliendo con una reducción del 2% en Gastos Administrativos, distribuidos entre gastos de funcionamiento y en mayor proporcionalidad en las transferencias corrientes, para el caso de inversión hubo una disminución del 30%.

Es de aclarar que el 2% de aumento en gastos generales, el cual no se cumplió debido a los incrementos generados en reparación de área locativas y en el área de pediatría, medicina interna y área de urgencia, inversión necesaria para la atención de los pacientes y aumento del ingreso ya corroborado para el último trimestre del 2015 El cual equivale al 13% de la facturación reconocida.

Además de ello se ha realizado mantenimiento de obra a las áreas de unidad de cuidados intermedios y cirugía generando con ello un aumento en la ejecución del gasto por el citado concepto. Esta inversión estará relacionada con el aumento de los ingresos por estas áreas que reportan una iniciación significativa para el hospital, además es una de las estrategias expuestas por el hospital para fortalecer las áreas de más ingreso por la demanda generada.

Para los servicios personales se sostuvo el gasto comparado con el año 2014 con una leve disminución del 0.4%, esto da como resultado la eficiencia en la utilización del recurso humano para la prestaciones de actividades generadas en el hospital

Para medir el gasto de compra de bienes y servicios se observa que disminuyo en un 1% comparado con el recaudo, siendo consecuente con el racionamiento de la compra de insumos por este concepto y llevando un debido control sobre las salidas y entradas a los diferentes servicios, que si bien es cierto aumentaron nuestras actividades de cirugía y atención de pacientes, para el cuarto trimestre se ve disminuida la demanda para este último, logrando con ello una disminución en el gasto esperado del 1%.





Para el cuarto trimestre del 2015 se observa que los gastos en general comparados con los del trimestre de la vigencia anterior se encuentran disminuidos llegando a un 18% de racionalización.

En este cuadro se puede observar que el aumento en el reconocimiento es del 13% que nuestro recaudo de un año a otro es del 21% y que el total de gastos de funcionamiento aumento al 17% mirando un beneficio gasto- recaudo del -2%. Representando una racionalización del gasto general con respecto a nuestros ingresos.

El recaudo durante el año ha sido permanente pero ha ido disminuyendo en cantidad de giro, mientras que a junio era de 13.000 millones para septiembre pasamos en 23.000 millones y llegando a 38.000 mil millones a diciembre, gracias al recaudo de Salud pública, sin embargo la disminución del recaudo por la prestación del servicio de salud se vio disminuida en un 7.5% por las limitaciones y falta compromiso por parte de las EPSs para el giro de recursos.

El análisis de resultados y equilibrio de sostenibilidad financiera, para las entidades de salud de segundo nivel en adelante, donde la modalidad de facturación es por evento; Es decir, que por cada paciente visto o usuario atendido se realiza el respectivo cobro, se está restringiendo a tal punto de llegar a ser ineficiente por los altos costos que acarrear los incumplimientos a nuestros proveedores y a la movilidad del personal asistencial, conduciendo a retrocesos en la continuidad de las estrategias operativas.

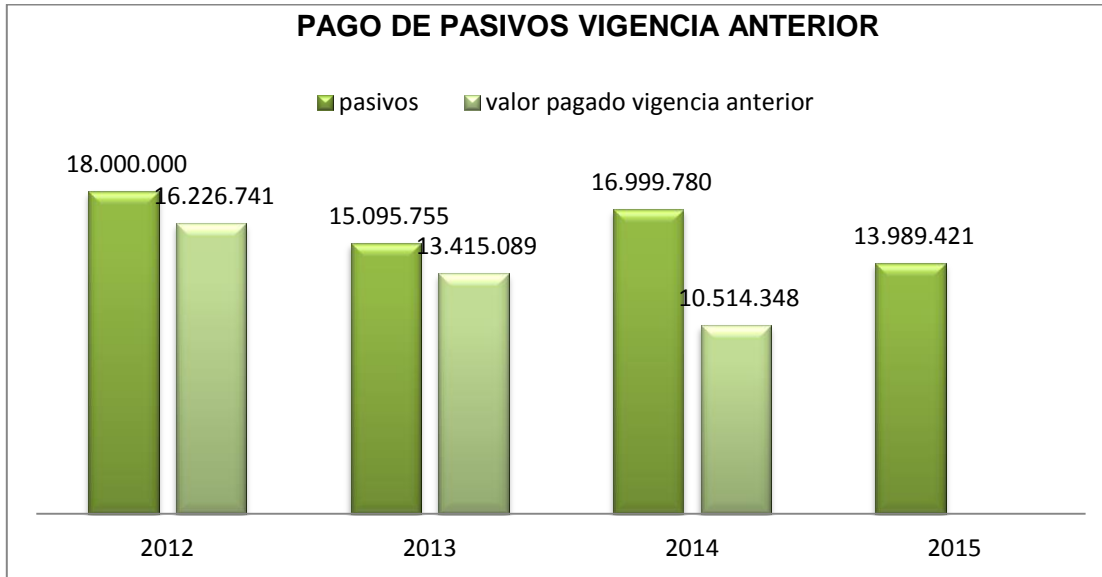
- **SANEAMIENTO DE PASIVOS**

El análisis del saneamiento de pasivos se realizó teniendo en cuenta el recaudo menos las obligaciones de la vigencia 2013 y vigencias anteriores.

En el cuarto trimestre fue girado el recurso del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero por valor de 1.269 millones, para el pago de los pasivos de vigencias anteriores al 2013, los cuales se registran en el cuadro de programa de saneamiento fiscal y financiero y se detallan los valores pagados con dichos recursos más los valores pagados con recursos propios.

El manejo de los pasivos del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, desde el año 2008 al 2012, reflejo un incremento que ascendió a la suma de 18.000 millones, Ese valor fue disminuido por esta gerencia en los años 2013 y 2014 debido al proceso de saneamiento contable, más la gestión gerencial con las entidades municipales, departamentales y nacionales. Es así como a septiembre de 2014 se logró bajar los pasivos a 9.953 millones tal como se ve en el gráfico de la parte inferior (disminución de pasivo) llegando a un porcentaje del 55% de pasivos de vigencias anteriores saneado a diciembre de 2014.

Gráfico de disminución de pasivos



Fuente: Financiera HMCR

Los pasivos totales a 31 de diciembre asciende a la suma de 13.989 millones de pesos, restando las provisiones y pasivos en fondos el resultado es de \$9.950 millones. Este valor se encuentra dividido de la siguiente manera:

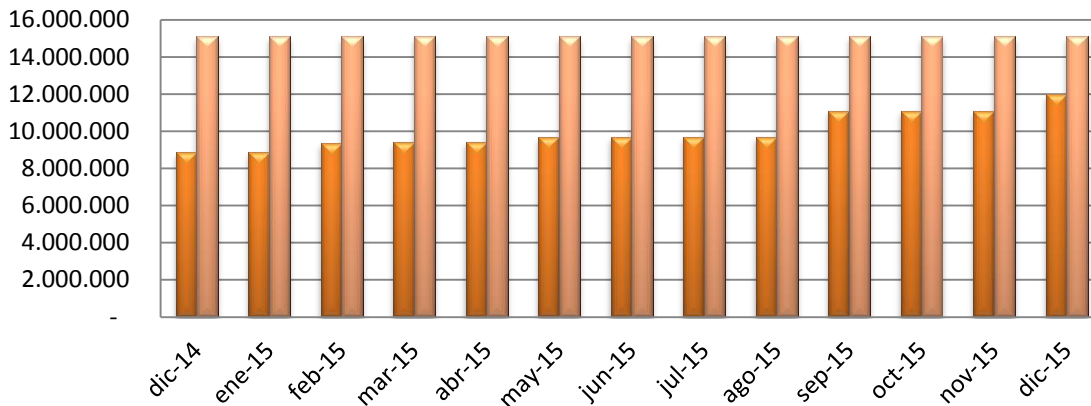
**PASIVOS DICIEMBRE 2015**

CODIGO	CONCEPTO CUENTA	VALOR DE LAS CUENTAS
242504	Servicios públicos	2.080.594.652,53
242520	Aportes al ICBF, SENA y cajas de compensación	316.565.215,99
	<b>Total cuentas Especiales</b>	<b>2.397.159.868,52</b>
242552	Honorarios	424.580.662,00
242553	Servicios	967.369.125,00
240101	Bienes y servicios	3.907.798.789,80
25	OBLIGACIONES LABORALES Y DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	318.553.711,00
2460	CREDITOS JUDICIALES	916.561.147,47
2436	RETENCION EN LA FUENTE E IMPUESTO DE TIMBRE	103.659.192,00
290502	Impuestos	803.454.468,15
29	OTROS PASIVOS	111.104.989,06
	<b>TOTAL PASIVO</b>	<b>9.950.241.953,00</b>
CODIGO	CONCEPTO CUENTA	VALOR DE LAS CUENTAS
27	PROVISIONES	1.887.860.000
2505	RECURSOS EN FONDOS (Cesantias)	914.833.153
240101	Programa de Salud Publica	3.124.346.085
	<b>TOTAL PASIVO DESPUES DE AJUSTE</b>	<b>15.877.281.191,00</b>

El valor más representativo se encuentra en bienes y servicios por valor de 3.907 millones de y 3.124 millones se encuentran pendientes de pago para el 2016. De los servicios públicos nos encontramos con acuerdo de pago con la empresa de Emcali por valor de 1.849 millones.

La meta de pago para el año 2014 fue de 10.891 millones de los cuales pagamos 8.857 millones quedando un rezago de 2.034, que sumados con la meta del año 2015 por valor de 11974, con una nueva meta de cumplimiento para la vigencia 2016 de 3.122 millones.

**Pasivo pagado a 31 de diciembre de 2015**



	dic-14	ene-15	feb-15	mar-15	abr-15	may-15	jun-15	jul-15	ago-15	sep-15	oct-15	nov-15	dic-15
■ pago	8.856	8.877	9.367	9.418	9.423	9.662	9.701	9.703	9.703	11.09	11.09	11.09	11.97
■ pasivos 2013	15.09	15.09	15.09	15.09	15.09	15.09	15.09	15.09	15.09	15.09	15.09	15.09	15.09

Para el año 2015, encontramos recaudo de vigencia anterior que cubrirán los pagos de deuda no corriente, siendo mayor para el año 2014. Sin embargo como se mostrara en el siguiente cuadro hay un déficit que obedece a ejecuciones de los gastos sin pagar y se encuentran comprometidos para ejecutarse todo el año a medida que se recaude el recurso. Además se hicieron pagos de impuestos que no se reflejaron en la ejecución del presupuesto por ser valores ya reconocidos en vigencias anteriores.

Teniendo en cuenta el pasivo pagado con recaudo de vigencia anterior la cual ascendió a 3.117 millones de pesos. Se realizaron los giros con el siguiente detalle:

CONCEPTO	Acumulado Anual
<b>Pago Pasivos</b>	<b>3.116.856.927</b>
<b>Trabajadores y Pensionados</b>	<b>707.772.498</b>
Salarios y Prestaciones Sociales	<b>37.897.750</b>
Pensiones y prestaciones económicas por pagar	198.328.406
Cuentas por Pagar - Servicios Personales Indirectos	471.546.342
<b>Entidades públicas y de seguridad social</b>	<b>1.347.431.725</b>
Aportes al icbf, sena y cajas de compensación	408.885.681
Servicios públicos	<b>230.712.471</b>
Retención en la fuente e Impuesto de Timbre	<b>702.575.713</b>
Impuestos, contribuciones y tasas por pagar	<b>5.257.860</b>
<b>Proveedores insumos y servicios de salud</b>	475.351.448
<b>Instituciones financieras y otras</b>	42.651.480
<b>Demás acreedores externos</b>	543.649.776
<b>TOTAL PAGO</b>	<b>3.116.856.927</b>

El pago de Impuestos genera mayor estabilidad patrimonial para el Hospital por pagar las deudas públicas que generan expectativas de sanciones e intereses que mermaría nuestro flujo financiero Gracias a las amnistías que estableció el Gobierno Nacional.

Nuestros pasivos por estas deudas se encuentran mermados y ratificados en su capital meramente.

De esta manera se pagaron pasivos por valor de 3.117 millones y con el indicador del deflactor para la vigencia 2015 se valoró dicho pago por 2.816 millones. Cumpliendo con 50% del indicador planteado para pasivos del año 2015.

También se estableció acuerdo de pago con las empresas Emcali S.A. E.S.P. por concepto de servicios públicos, se pagaron parafiscales del Instituto Colombiano de Bienestar familiar y Comfenalco vigencias 2009-2003.

Aun el Hospital se encuentra en proceso de depuración de algunos pasivos y de establecer acuerdos de pago con el fin de pagar lo que realmente está obligado, de igual forma durante el año 2015 se establecieron estrategias de rebajas de deuda gracias a los elementos gerenciales y administrativos que se utilizaron para con los proveedores externos.

El aumento en el pasivo para este trimestre tuvo su enclave en los fallos y demandas instauradas por reparaciones directas que se venían gestionando en los diferentes juzgados desde el 2011, los cuales a raíz de la depuración de los mismo se logró establecer las deudas contraídas por este concepto, sumando casi 1.000 millones por demandas con fallos y sentencias ya determinadas, además de ello se aumentó la provisión para contingencias en casi 1.300 millones con el fin de establecer nuestro pasivo judicial en un monto real, para empezar a gestionar los dineros necesarios ante el nivel nacional y Departamental. Este proceso se realizó acatando exigencias y recomendaciones del área técnica de la secretaria Departamental que acompañan los programas de saneamientos fiscal y financiero.

- **CARTERA CORRIENTE**

El Indicador se analizó de acuerdo al valor de la facturación radicada y reconocida en nuestro presupuesto con corte a 30 de diciembre del 2015 comparado con el recaudo acumulado de vigencia corriente registrado para este corte en el presupuesto de ingresos de la entidad. Frente a la producción el recaudo se encuentra en un porcentaje del 66%

Con anterioridad a julio del año 2012 las entidades públicas reflejaban su mayor recaudo por el régimen vinculado; Recaudo que no se reflejaba en la verdadera gestión de la prestación del servicio como lo es ahora en el régimen subsidiado, prestación que se debe hacer con oportunidad, calidad, pertinencia y eficiencia dado que las EPSs en todo momento buscan motivos para el no pago como son la negación del mismo mediante las glosas. Al iniciar la gerencia nos encontramos con algunos motivos de no pago los cuales fueron subsanados, aunque no en su totalidad.

Es importante tener en cuenta el entorno que existe con las EPS donde se retrasan los pagos de los servicios prestados y los más perjudicados son los hospitales de segundo nivel que facturan por evento, sufriendo así las consecuencias del deterioro financiero institucional.

El porcentaje de giros realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, no corresponden a lo facturado por la institución, es decir, que del 50% que debiera ser consignado, tan solo llega el 20% o 25% de lo radicado, incumpliendo con lo estipulado en el decreto 4747 de 2008. La entidad tiene que recurrir a estrategias de cobro, óptimas relaciones comerciales y negociaciones con las diferentes EPS para lograr recaudo con Esfuerzo propio y cesiones de crédito.

Por lo anterior Las siguientes estrategias para lograr el cobro de cartera corriente se realizaron en el transcurso del año:

- Disminución en tiempos de radicación
- Radicación de toda la facturación.
- Acercamiento con las diferentes EPS para el pago de cartera de vigencias Corrientes.
- Reuniones Periódicas.
- Presión ante las EPSs para la conciliación oportuna de cuentas.
- Aumento del control al interior del hospital para que los servicios prestados sean facturados en su totalidad.
- 

COMPARATIVO DICIEMBRE 2014-2015						
REGIMEN	RADICADO A DICIEMBRE AÑO 2014	RECAUDO TOTAL VIGENCIA 2014	%REC TOTAL VIG 2014	RADICADO AÑO 2015	RECAUDO TOTAL VIGENCIA 2015	% REC TOTAL VIG 2015
CONTRIBUTIVO	77.813.876	18.612.459	24%	111.404.006	13.739.684	12%
SUBSIDIADO	15.971.021.977	15.052.294.692	94%	20.451.053.532	8.303.666.168	41%
VINCULADO	741.246.492	757.340.579	102%	1.438.031.693	944.670.856	66%
SOAT-ECAT	58.144.240	4560163	6%	166.042.728	39.857.565	24%
OTROS DEUDORES POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	20.142.548.175	9.963.370.763	49%	14.451.615.843	14.362.507.558	99%
<b>TOTAL</b>	<b>36.912.960.884</b>	<b>25.777.566.197</b>	<b>70%</b>	<b>36.618.147.802</b>	<b>23.664.441.831</b>	<b>65%</b>



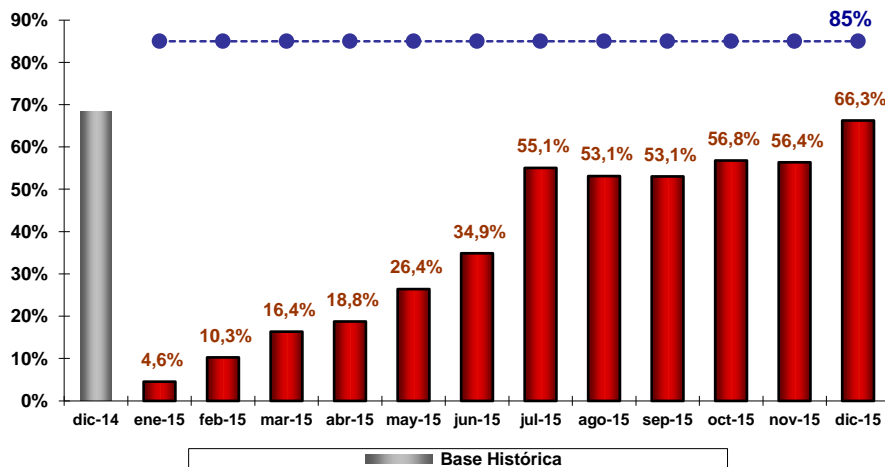
El radicado de la facturación de la vigencia aumento en un 0,7% comparado con el cuarto trimestre de la vigencia 2014, en cuanto a los otros deudores se puede verificar que disminuyo para este trimestre por la radicación de salud pública la cual se contrató por menor valor. .

En cuanto al recaudo se puede observar que para el cuarto trimestre fue de un 8% menor , en comparación con el mismo trimestre de la vigencia anterior, además al compararlo con la radicación de la facturación, la evolución del mismo disminuyo en 5 puntos menos de un año a otro.

Hay que aclarar que la disminución del recaudo está reflejada en el giro de los recursos del régimen subsidiado. Quien de un año a otro disminuyo en un 50%, aunque la facturación tuvo un incremento del 28%.

Tal como hemos analizado en las otras medidas que tienen que ver con la maximización del ingreso nos encontramos con el recaudo bajo considerablemente y se vino a percibir para este cuarto trimestre, sin embargo gracias a todas las gestiones realizadas para cesión de créditos y esfuerzo propio. Se logró la estabilidad operacional para el cierre del año.

**INDICADOR DE GESTION DEL RECAUDO DE LA CARTERA DE LA VIGENCIA - CORRIENTE**



- ✓ El grafico anterior nos muestra cómo ha sido la recuperación de la cartera de la vigencia actual la cual se ha visto afectada en el último trimestre debido a la disminución del recaudo de las **EPS** más representativas de la Institución, entre ellas el caso de **CAPRECOM** quien en la vigencia no realizo pagos continuos por la Situación Financiera en que se encontraba hasta el punto de ser intervenida por Supersalud, en iguales condiciones se encontraban las EPS SALUDCOOP, COMFENALCO, COLSUBSIDIO, SAVIA SALUD entre otras.
- ✓ El recaudo de la vigencia no alcanzo la meta propuesta del 85% solo se logro el 66.3% de esta por las razones que hemos estado expresando como es la poca intención de las EPS en el pago de la vigencia a pesar que el Ministerio de Salud y Protección Social ha ejercido controles para apoyar a los IPS con la Circular 0030 de 2013 y la Supersalud con la Circular 0014 de 2015, no ha sido suficiente que la EPS nos giren dineros para aplicar a la facturación presentada en el periodo actual.

- ✓ Se observa que con relación a la vigencia fiscal 2015 como fue el comportamiento del recaudo frente a lo facturado en la vigencia fiscal, donde de un total facturado para cobro de \$ 20.770 millones de pesos quedó como cartera al cierre de la vigencia un total de \$13.733 millones de pesos, lo que nos indica un recaudo efectivo de 66.3%.
- ✓ Equivalente a 7.037 Millones de pesos.
- ✓ Con la excepción expresada por procesos de liquidación, el proceder de la cartera es adecuado según el comportamiento del sistema de salud en el país, en donde lo que más afecta en nuestra liquidez es la resistencia al pago normal de anticipos de las Epss y la renuencia a desarrollar los proceso de conciliación en forma acelerada, tanto en la parte contable como médica, dilatando este proceso en el tiempo y sin contar en sus Estados Financieros las deudas que por estos conceptos tienen con nuestro Hospital.

La cartera o cuentas por cobrar originada por el desarrollo de la operación de la venta de servicios en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, a diciembre 31 de 2015, asciende a un valor de \$ 14.582. millones la cual se compone de varios conceptos de venta: como lo observamos en el siguiente cuadro.

#### CARTERA POR EDADES POR REGIMEN A 31 DE DIC DE 2015

REGIMEN	Sin vencer	1 - 60 Días	61 - 90 Días	91 - 180 Días	181 - 360 Días	Mayor a 360 días	TOTAL CARTERA
REGIMEN SUBSIDIADO	1.943.507.200	3.210.681.170	1.575.410.730	3.013.986.779	2.939.146.069	383.096.626	13.065.828.574
REGIMEN VINCULADO	106.932.300	3.043.600	7.548.364	135.035.670	181.159.410	262.792.613	696.511.957
SOAT	28.336.707	0	26.246.956	36.746.160	12.466.760	101.570.933	205.367.516
CONTRIBUTIVO	98.301.200	27.667.200	6.020.900	28.583.065	35.393.157	75.349.779	271.315.301
OTROS ING	35.409.694	120.667.693	12.704.100	146.940.911	1.878.050	25.931.790	343.532.238
<b>TOTAL CARTERA 2015</b>	<b>2.212.487.101</b>	<b>3.362.059.663</b>	<b>1.627.931.050</b>	<b>3.361.292.585</b>	<b>3.170.043.446</b>	<b>848.741.741</b>	<b>14.582.555.586</b>

Clasificándose en corriente y no corriente para un mejor análisis, entendiéndose que No Corriente es mayor a 360 días.

Dicho lo anterior la cartera corriente corresponde a \$ 13.734 millones y la cartera No corriente asciende a \$848 millones.

En cuanto a la participación el Regímenes Subsidiado representa el 90% del total de la cartera, el vinculado el 5% seguido de **SOAT- ECAT** y otros el 2% y en tercer lugar tenemos el régimen contributivo con una participación del 1%, lo cual es normal ya que el régimen contributivo genera solo ventas por servicios de urgencias.

A continuación detallaremos la cuenta deudores por servicios más representativos en el Balance General.

DEUDORES A 31 DE DICIEMBRE DE 2015		
CUENTA	NOMBRE	VALOR
1409	SERVICIOS DE SALUD	14.429.683.104,88
1424	FONDOS	1.281.762.075,66
147008	SEGURIDAD SOCIAL FONDOS	162.363.129,03
147013	EMBARGOS	878.826.599,07
147090	CXC UCI	152.872.481,00
147090	OTRAS CXC	230.786.341,02
147511	DEUDAS DE DIFÍCIL COBRO	2.062.826.735,00
148014	PROVISION	(2.417.277.599,16)
<b>TOTAL</b>		<b>16.781.842.866,50</b>

Para el año 2013 el recaudo de la operación se incrementa en un 82% con respecto al 2012, sumando la vigencia anterior da como resultado un recaudo total del 110%.

En el año 2014 el recaudo de la operación de la venta de servicios creció un 56% más respecto del año 2013; para el año 2015 la curva cambió en cuanto al recaudo, mientras en el año 2015 subió la radicación en un 14% en el subsidiado el recaudo igualmente alcanzó un 11% debido a los programas y políticas de giro que tienen las EPS con las IPS, siendo de vital importancia, establecer cuanto antes acciones tendientes al incremento del recaudo con el fin de frenar el déficit que se está creando en la situación financiera de los hospitales, acarreando cierres y pagos extemporáneos al servicio indirecto de salud.

El recaudo del cuarto trimestre del año 2015 manifiesta la disminución del ingreso corriente para el HMCR, por la normatividad presentada para el pago o giro de los recursos por parte de las EPS, ARS y demás, el Hospital por lo tanto tiene que generar y gestionar recursos de vigencia anterior para estar al día con el gasto operativo en espera de los recursos corrientes para el pago de proveedores los cuales se tienen en edad de cartera de más de 90 días.

RECAUDO CARTERA CORRIENTE TRIMESTRAL VIGENCIA 2015									
Mes/Régimen	PRIMER TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE		CUARTO TRIMESTRE		RECAUDO FRENTE
	Ventas	Recaudo	Ventas	Recaudo	Ventas	Recaudo	Ventas	Recaudo	
Régimen Contributivo	20.382.400	0	24.878.300	1486020	32.892.900	2.219.071	33.250.406	10.034.593	30%
Régimen Régimen	4.103.504.240	542.573.852	4.810.255.520	2.314.212.520	5.274.954.210	2.343.569.783	6.262.339.562	3.103.310.013	50%
Régimen Régimen	246.285.400	67.240.540	375.313.108	306.308.017	288.732.663	173.094.418	527.700.522	398.027.881	75%
Soat	6.938.700	1.417.450	24.878.698	8.093.822	30.261.605	3.571.205	103.963.725	26.775.088	26%
Otros Ingresos por ventas de	15.707.070	13.516.227	72.451.135	46.650.128	4.758.991.431	4.823.826.461	9.604.466.207	9.478.514.742	99%
<b>TOTAL VENTAS/RE</b>	<b>4.371.040.040</b>	<b>624.677.969</b>	<b>5.307.776.761</b>	<b>2.504.388.515</b>	<b>10.385.832.809</b>	<b>2.504.388.515</b>	<b>16.531.720.422</b>	<b>13.016.662.317</b>	

La facturación con corte a diciembre del 2015 de acuerdo a lo registrado en el formato de facturación del SIHO fue de 36.618 millones y el recaudo registrado ascendió a 35.379 millones llegando a un porcentaje de recaudo del 66% del total del registro por ventas del servicio de salud.

Lo anterior nos evidencia que el pago de las EPS es más de 100 días incumpliendo lo pactado de acuerdo al decreto 4747 de 2008 donde se determinan los tiempos para el procedimiento y pago de las facturas radicadas.

Decreto 4747 de	OBSERVACION	DIAS
Artículo 04	Modalidad: Evento	30
Artículo 21	Soportes de la factura	
Artículo 23	Tramites de glosas:	
	Notificación de la glosa después de la radicación	30
	Respuesta del hospital a la	15
	Levantamiento total o parcial o glosa definitiva por parte de	10
	Pago	5
<b>Días hábiles para el recaudo de la prestación del servicio Nivel II</b>		<b>90</b>

Fuente: Sistema de Información R-FAST

Esto quiere decir que de los 12 meses del año para radicación las EPSs, vienen pagando nueve meses en el año.

El papel del Gobierno local debe ser el de ejercer un mayor poder de vigilancia y control, que garantice transparencia en el flujo de los recursos de la salud, al tiempo que equilibra la relación entre IPS y EPS.

Es de aclarar que la cartera para este trimestre aumento debido a la restricción de pagos realizada por la empresa Caprecom que hasta el momento nos está adeudando 3.000 millones de pesos deteriorando nuestro flujo financiero, además del no reconocimiento de la prestación de servicios por valor de 600 millones los cuales se encuentran en las instalaciones del Hospital sin que se hayan podido radicar.

### CARTERA NO CORRIENTE

Aunque el recaudo de la cartera corriente no es el deseado por los factores anteriormente expuestos como son normatividad, políticas EPSs, el hospital ha focalizado parte de su gestión en el recaudo de la cartera en general mediante conciliaciones, acuerdos de pago generando mayor impacto en la cartera de vigencias anterior. Como se observa en el siguiente cuadro, el recaudo del año 2013 respecto del año 2012 tuvo una variación del 245% y del año 2014 al 2013 del 122%.

VIGENCIA	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015
RECAUDO VIG ANTERIOR	990.2 40.240	3.420.9 49.658	4.377.3 61.276	11.715.1 10.977
VARIACION		345%	128%	268%

Lo que va corrido del segundo semestre del año 2015 se ha realizado el recaudo de lo generado en la vigencia 2014. Se ve el aumento considerable por las gestiones realizadas, sin embargo se debe tener en cuenta que la cartera corriente esta estática.

A continuación como lo determina el indicador se detalla la cartera no corriente por trimestre.

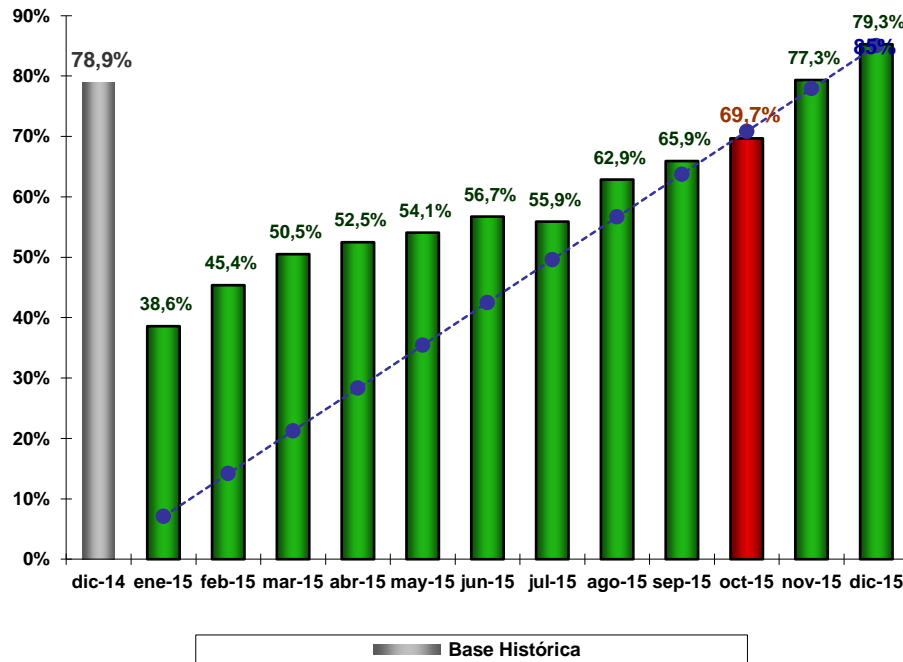
Las medidas y estrategias realizadas para la recuperación de la cartera no corriente dieron resultados positivos de acuerdo al análisis del siguiente cuadro en donde la Cartera de vigencia anteriores con corte a diciembre 31 de 2014 asciende a \$ 14.798 millones de los cuales se Recuperó un total de 11.715 millones equivalente al 66%, del total de la cartera.

CARTERA NO CORRIENTE POR TRIMESTRE VS RECAUDO						
Mes/ Régimen	CARTERA VIGENCIA ANTERIOR A DIC 31 DE 2014	RECAUDO CARTERA NO CORRIENTE PRIMER TRIMESTRE	RECAUDO CARTERA NO CORRIENTE SEGUNDO TRIMESTRE	RECAUDO CARTERA NO CORRIENTE TERCER TRIMESTRE	RECAUDO CARTERA NO CORRIENTE CUARTO	PORCENTAJE DE RECUPERACION
RégimenContrib	111.077.423	507.790	3.823.632	654.600	29.044.499	31%
Régimensubsidia	6.466.383.874	1.611.094.940	886.436.854	1.271.077.992	1.203.891.293	77%
RégimenVinculad	1.115.506.269	147.688.231	5.062.600	47.341.827	43.826.123	22%
soat	122.114.070	3.921.216	31.257.292	27.336.076	0	51%
Otros Ingresos por ventas de	6.983.788.418	5.575.205.104	128.868.686	14.930.484	683.141.738	92%
<b>TOTAL CARTERA NO CORRIENTE</b>	<b>14.798.870.054</b>	<b>7.338.417.281</b>	<b>1.055.449.064</b>	<b>1.361.340.979</b>	<b>1.959.903.653</b>	<b>79%</b>

Para el cuarto trimestre se ha cumplido con el indicador propuesto para el año 2015, de recuperar la cartera en un 60%. No obstante se identifica que la cartera del régimen contributivo se encuentra menguada en su recaudo.



## INDICADOR DE GESTION DEL RECAUDO DE LA CARTERA NO CORRIENTE



- ✓ El recaudo de la cartera no corriente como lo evidenciamos en el grafico logramos alcázar la meta propuesta del por la gerencia para la vigencia 2015 el cual es del 60% lo cual nos ayudo a apalancar el déficit, puesto se logró recuperar la cartera de la vigencia fiscal del 2014 y otras vigencias por el orden de los \$11.715 millones equivalentes al 79%, porcentaje importante si se tiene en cuenta las dificultades del flujo de recursos en el sistema de salud y el aumento considerable de entidades ya sea en liquidación.
- ✓ Esta situación dificulta más nuestra gestión de recaudo ya que todas las actividades iniciadas para cobro frente a este tipo de entidades pierden validez y se debe iniciar nuevamente un proceso de cobro.
- ✓ Otro indicador del comportamiento del recaudo en el 2013 obedece al promedio global del recaudo el cual se obtiene de comparar el total de cartera para recaudar en la vigencia del orden de los \$62.841 millones frente al recaudo del orden de los \$41.572 millones, lo cual arroja un porcentaje de recaudo efectivo del orden del 66,15%.

### • GESTIONES SOBRE LA CARTERA DE DIFÍCIL COBRO

Como se detalló en el primer punto sobre las gestiones generales realizadas para el cobro de cartera, y las dificultades afrontadas, se presenta en este aparte las entidades que poseen mayores tiempos de cartera y el agotamiento de los recursos interpuestos para los procesos de cobro y las razones de su clasificación de difícil cobro. Agregado a las gestiones generales mencionadas anteriormente a éste grupo de entidades también se gestionó:

- Se remitieron los respectivos oficios pre jurídico.
- Se realizaron las solicitudes de conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud



"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"



- de la **EPS CAPRECOM** la cual fue negada por iniciación de proceso de liquidación.
- Gestiones ante las entidades que se encuentran en proceso de Liquidación. - Acciones de presión sobre las diferentes entidades deudoras, remitiéndolas al departamento Jurídico para **DEMANDA** y Recurso de Apelación

Como ya lo hemos venido expresando el comportamiento de la cartera de la vigencia a incrementado en comparación con las tres vigencias anteriores lo que nos lleva a un mayor crecimiento de los ingresos de la institución y lo mostramos en el cuadro de la cartera por edades por régimen con las **EPS** más representativas a la fecha.

A continuación hacemos un comparativo de las ventas en el último cuatrienio para mayor ilustración del incremento en los ingresos de la Institución y el porcentaje de participación que se ha obtenido año tras año del total de facturación:

Acciones implementadas:

- Se ha logrado que las EPS realicen pagos periódicos.
- Fortalecer las relaciones de contratación con las EPS.
- Los tiempos de radicación se establecieron en la segunda semana de cada mes
- Realizar conciliaciones y acuerdos de pago con las diferentes Eps dando cumplimiento a la circular 0030 de 2012.
- Se ha dado cumplimiento con el giro directo mensual
- Se ha logrado acuerdos de pago para giros por el departamento lo que nos incrementa recaudo cada mes.
- En cuanto a las EPS difíciles de pagar, se citaron ante la Supersalud y el Ministerio de la
- Protección Social existiendo efecto positivo al Hospital



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



## 7.5. AREA DE GESTION CLINICA Ó ASISTENCIAL

Los indicadores de referencia del área de gestión clínica o asistencial, en una gran proporción están orientados a evaluar la aplicación de las guías de manejo y la oportunidad de la atención, el Hospital Mario Correa Rengifo E.S.E, ha fortalecido el proceso de análisis y evaluación de las guías de manejo a través de sus respectivos comité por lo que se ha podido lograr un cumplimiento del 100%, se continuara con esta laborar además de la implementación de estrategias orientadas a mejorar la accesibilidad y la oportunidad de la atención ósea que permitan un mejoramiento continuo en la calidad de atención a nuestros pacientes y usuarios.

### **MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E**

El Hospital Departamental Mario Corea Rengifo E.S.E es consciente de los cambios que ha tenido el sector salud y de sus transformaciones debido a los ámbitos políticos, sociales y económicos; es por ello que el Modelo de Atención en Salud de la Institución se ha revisado, analizado y direccionado acorde a la realidad del sector.

El presente Modelo determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los Servicios en Salud en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E – Cali, Valle del Cauca, el cual tiene como objetivo lo siguiente:

#### **OBJETIVO**

Establecer un Modelo Institucional de Atención en Salud que garantice la integralidad del proceso de atención, generando seguridad, calidad, mejores canales de accesibilidad a los usuarios, definiendo medidas de control que permitan acciones de mejoramiento continuo y sostenibilidad financiera.

#### **FORMULACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DEL HDMCR E.S.E**

El Modelo de Atención en Salud del HDMCR E.S.E fue desarrollado a partir de una conciencia colectiva enfocada en la importancia y respeto hacia el paciente y su familia, en donde, este reconocimiento permitió promover un trabajo en equipo, integrando el área asistencial y administrativa hacia un mismo propósito.

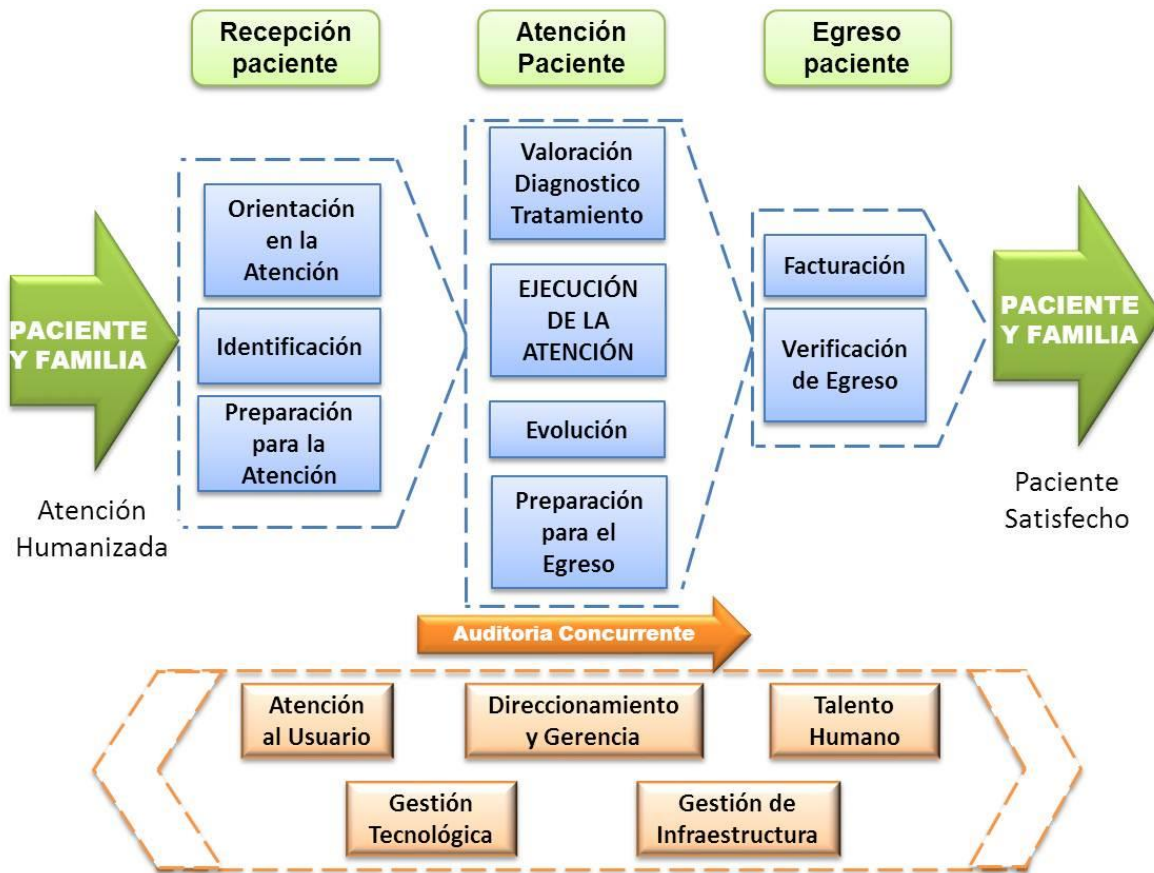
Con este Modelo se pretende continuar coordinando la oferta en los servicios de salud que presta la Institución con las necesidades de la población usuaria, buscando optimizar los recursos existentes alineados con una planificación que permita además de ello, obtener los mejores resultados en la atención hacia el paciente y su familia.

El Hospital Mario Correa Rengifo como institución de segundo nivel, presenta un modelo de atención que se ajuste a su nivel y capacidad operativa.

## MODELO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL

De acuerdo a lo anterior y destacando la importancia de los usuarios que acuden a nuestra institución, el Modelo de Atención en Salud del Hospital identifica tres procesos que son coyunturales en la prestación del servicio y en donde se combina todo el musculo Asistencial y Administrativo del Hospital; los cuales son:

- ✓ Recepción del Paciente
- ✓ Atención al Paciente
- ✓ Egreso del Paciente



La etapa de Recepción del paciente se enfoca en la llegada del usuario a nuestras instalaciones, en donde se le da una orientación en la atención a él y su familia, indistintamente al área que acuden, se hace una identificación de sus necesidades y así mismo se procede a definir el servicio que se ajuste a sus necesidades, ya sea consulta externa, especializada, observación - urgencias etc. Este es un proceso constante y dinámico que tiene muchos entornos, por ejemplo: la internación, servicios ambulatorios, procedimientos quirúrgicos, entre otros; para llegar a ello se realiza una preparación en la atención, la cual prepara todos aquellos procedimientos que se requieran y sean pertinentes. En la fase de Ingreso del paciente se busca la alternativa de diagnóstico o de terapia más acorde, que apoye y responda a las necesidades únicas de cada paciente; se realiza la debida atención y se ejecutan los procedimientos basados en los análisis de la información de Historia clínica,



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



resultados de laboratorios, pruebas diagnósticas e imagenología, entre otras, ya sea el caso; la preparación para el egreso puede estar definida por dar de Alta a un paciente o brindarle otro momento de atención, según criterio médico. El egreso del paciente lo constituyen procedimientos administrativos que velan por una correcta facturación, alineados con los procedimientos realizados y respaldado por los debidos soportes.

En el presente Modelo de Atención, es clave comprender que la orientación del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, en sus servicios de salud, está enfocada en los usuarios/pacientes, lo cual permite alinear su oferta a un trato humanizado y acorde a lo estipulado en el Código de Ética de la Institución. Además el actual modelo de Gestión de Calidad aplica los criterios de accesibilidad, oportunidad y seguridad del paciente.

Consideraciones y Política en la prestación del Servicio de Salud

Considerando la Política de Calidad, Atención Humanizada y el Programa de Seguridad del Paciente, se alinea la Política en la prestación del servicio en salud del Hospital. (ya descritas anteriormente)

## **POLÍTICA DE ATENCIÓN EN SALUD**

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, busca constantemente intervenir las barreras de acceso en la atención de salud, optimizar el uso de sus recursos, incorporar la labor tecnológica y de infraestructura segura, alineada con una gestión que busca la oportunidad, calidad, y accesibilidad de nuestros usuarios.

## **ALCANCE DEL MODELO Y POLITICA DE ATENCION EN SALUD**

El presente Modelo de Atención en Salud, así como su Política en la prestación de Servicios, comprende a todos los colaboradores del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, los usuarios y sus familiares.

Lo que implica garantizar a todos los pacientes el disfrute efectivo del derecho a la salud mediante la universalidad de la cobertura y el acceso, la integralidad de las respuestas del sistema y de los servicios de salud, la equidad en la utilización de los servicios según necesidad, la integración de las acciones de atención individuales y colectivas, para beneficio del paciente y la familia.

## **PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD**

El Modelo de Atención implementado en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, considera los siguientes principios del modelo de atención de servicios de Salud para el Departamento del Valle, los cuales son:

- Garantía del derecho a la salud.
- Enfoque en la población.
- Enfoque en la calidad.
- Toma de decisiones basada en la evidencia.
- Flexibilidad y adaptabilidad.
- Atención integral.
- Acciones basadas en la efectividad.



- Reorientación de servicios.
- Búsqueda constante en la satisfacción del usuario.

En el modelo de atención es necesaria la innovación y la proyección de la institución a niveles superiores de atención, con el fin de fortalecer la Red de servicios de nuestro departamento y facilitar la accesibilidad de nuestros usuarios a niveles superiores de atención.

## **DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES**

### **Derechos de los pacientes**

- Recibir tratamiento oportuno, personalizado y humanizado.
- Recibir respeto y trato digno sin discriminación a su personalidad, religión, raza, sexo o nivel socio económico.
- Recibir información clara y oportuna del personal médico y asistencial de su estado de salud de los servicios prestados y de los riesgos de tratamiento.
- Respetar la decisión de aceptar rehusar la realización de procedimientos previo diligenciamiento del consentimiento informado
- Que todos los informes de la Historia Clínica sean tratados de manera confidencial, secreta y que solo con su autorización puedan ser conocidos.
- Recibir del personal médico y asistencial, información clara y completa sobre su estado de salud.
- Elegir libremente a su médico tratante y en general a los profesionales de salud.
- Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno.
- Solicitar y recibir explicaciones o rendiciones de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud.
- A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
- A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley
- Morir con dignidad.

### **Deberes de los pacientes**

- Cuidar su salud, la de su familia y su comunidad.
- No ocultar información al equipo de salud tratante sobre hábitos, consumos, alergias, reacciones adversas.
- Colaborar con su equipo de salud tratante durante su evaluación y tratamiento.
- Respetar las indicaciones médicas e indicar los inconvenientes de las mismas.
- Acudir a las citas de control durante el tratamiento.
- Tratar con respeto al personal del hospital y cuidar las instalaciones
- Firmar el documento Disentimiento informado en caso de no aceptar el tratamiento propuesto.
- Utilizar las vías de reclamación y sugerencias establecidas por el hospital
- Respetar al personal de salud y cuidar la instalaciones donde le prestan dichos servicios
- Brindar la información requerida para la atención médica y contribuir con los gastos de acuerdo con su capacidad económica
- Respeto a su Cultura.

## EVALUACION DEL MODELO DE ATENCION

El Modelo de Atención del Hospital Departamental se evaluara mediante los siguientes aspectos y metodologías:

- Auditoria medica
- Auditoría de Cuentas
- Auditoria de Procesos
- Seguimiento al PAMEC
- Seguimiento a Circular única.
- Seguimiento a 2193
- Seguimiento a indicadores por proceso.
- Plan operativo
- Comités Institucionales: COVE Seguridad del paciente, referencia y contrareferencia, Técnico Científico, Infecciones, Mortalidad, Historias Clínicas, Ética, Tecno vigilancia, Farmacovigilancia etc.

### PRODUCCIÓN 2193 – 2015

CONCEPTO	TOTAL
Dosis de biológico aplicadas	0
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	15
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	170
Citologías cervicovaginales tomadas	14
Consultas de medicina general electivas realizadas	3302
Consultas de medicina general urgentes realizadas	29177
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	40284
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	7814
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	15356
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	329
Número de sesiones de odontología realizadas	2229
Total de tratamientos terminados (Paciente terminado)	1894
Sellantes aplicados	194
Superficies obturadas (cualquier material)	1417
Exodoncias (cualquier tipo)	196
Partos vaginales	16
Partos por cesárea	0
Total de egresos	4179
...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	16
...Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	619



"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"



...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	3544
...Egresos salud mental	0
Pacientes en Observación	10735
Pacientes en Cuidados Intermedios	0
Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	0
Total de días estancia de los egresos	22699
...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	16
...Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin Incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	908
...Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	21775
...Días estancia de los egresos salud mental	0
Días estancia Cuidados Intermedios.	0
Días estancia Cuidados Intensivos	0
Total de días cama ocupados	18216
Total de días cama disponibles	23430
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	5610
...Cirugías grupos 2-6	1893
...Cirugías grupos 7-10	2757
...Cirugías grupos 11-13	701
...Cirugías grupos 20-23	259
Exámenes de laboratorio	135253
Número de imágenes diagnósticas tomadas	11817
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	13192
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	31466
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	2829
Número de visitas domiciliarias, comunitarias e institucionales -PIC-	0
Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	0

INDICADORES DE CALIDAD AÑO 2015						
		semestre 1		semestre 2		total 2015
<b>ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD</b>						
Variable	Cantidad	Indicador	Cantidad	Indicador	Cantidad	Indicador
<a href="#">I.1.1 Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas médicas generales asignadas (sumatoria días de espera)</a>	895	2,28	0		895	2,28
<a href="#">I.1.1. No. de consultas médicas generales asignadas</a>	393		0		393	
<a href="#">I.1.2.1 Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas Médicas Internas (sumatoria días de espera)</a>	56.338	11,83	64.825	13,65	121163	12,74
<a href="#">I.1.2.1 No. de consultas de Medicina Interna asignadas</a>	4.763		4.749		9512	
<a href="#">I.1.2.2. Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas ginecoobstétricas (sumatoria días de espera)</a>	32.021	7,14	21.935	6,18	53956	6,71
<a href="#">I.1.2.2. No. de consultas de ginecoobstetricia asignadas</a>	4.484		3.552		8036	
<a href="#">I.1.2.3. Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas pediátricas (sumatoria días de espera)</a>	7.582	4,65	6.131	4,23	13713	4,45
<a href="#">I.1.2.3. No. de consultas de pediatría asignadas</a>	1.631		1.449		3080	
<a href="#">I.1.2.4. Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas para cirugías generales (sumatoria días de espera)</a>	25.844	9,32	21.993	10,07	47837	9,65
<a href="#">I.1.2.4. No. de consultas de cirugía general asignadas</a>	2.774		2.183		4957	
<a href="#">I.1.3 No. de cirugías canceladas</a>	105	0,06	72	0,04	177	0,05
<a href="#">I.1.3 No. de cirugías programadas</a>	1.846		1.615		3461	
<a href="#">I.1.4 Total de minutos entre las solicitudes de atención en la consulta de urgencias y la atención por el médico general (sumatoria minutos de espera)</a>	220.144	29,69	196.454	28,55	416598	29,14
<a href="#">I.1.4 No. de usuarios atendidos en consulta de urgencias</a>	7.414		6.882		14296	
<a href="#">I.1.5 Total de días entre las solicitudes y atenciones en imagenología (sumatoria días de espera)</a>	11.720	2,70	12.871	2,44	24591	2,55
<a href="#">I.1.5 No. de atenciones en servicios de imagenología</a>	4.348		5.279		9627	
<a href="#">I.1.6 Total de días entre las solicitudes y atenciones de citas para odontología (sumatoria días de espera)</a>	495	2,86	412	2,37	907	2,61
<a href="#">I.1.6 No. de consultas odontológicas generales asignadas</a>	173		174		347	
<a href="#">I.1.7 Total de días entre las solicitudes y atenciones en Cirugías Programadas (sumatoria días de espera)</a>	45.522	17,08	45.463	18,16	90985	17,60
<a href="#">I.1.7 No. de cirugías programadas realizadas</a>	2.665		2.504		5169	



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



**CALIDAD TÉCNICA**

Variable	Cantidad		Cantidad			
<a href="#">I.2.1 No. de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización antes de 20 días por la misma causa (pacientes reingresos)</a>	4	0,00	4	0,00	8	0,00
<a href="#">I.2.1 No. de egresos vivos en el período</a>	2.114		2.049			
<a href="#">I.2.2 No. de pacientes que seis meses después de diag. su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados</a>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<a href="#">I.2.2 No. de pacientes hipertensos diagnosticados (Pacientes hipertensos)</a>	0		0			

**GERENCIA DEL RIESGO**

Variable	Cantidad		Cantidad			
<a href="#">I.3.1 No. de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso</a>	38	0,02	43	0,02	81	0,02
<a href="#">I.3.1 No. de pacientes hospitalizados</a>	2.133		2.054			
<a href="#">I.3.2 No. de pacientes con infección nosocomial</a>	16	0,01	19	0,01	35	0,01
<a href="#">I.3.2 No. de pacientes hospitalizados</a>	2.133		2.054			
<a href="#">I.3.3 No. de eventos adversos detectados y gestionados</a>	147	1,00	124	1,00	271	1,00
<a href="#">I.3.3 No. de eventos adversos detectados</a>	147		124			

**LEALTAD**

Variable	Cantidad		Cantidad			
<a href="#">I.4.1 No. de pacientes satisfechos con los servicios prestados por la IPS</a>	953	0,94	932	0,91	1885	0,93
<a href="#">I.4.1 No. de pacientes encuestados por la IPS</a>	1.010		1.020			





"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



**OTROS**

Variable	Cantidad	Cantidad	
<a href="#">No. de muertes intrahospitalarias antes de 48 horas</a>	5	1	6
<a href="#">No. de pacientes remitidos a niveles superiores desde servicio ambulatorio y hospitalario</a>	650	605	1255
<a href="#">No. de pacientes remitidos desde el servicio de urgencias a niveles superiores</a>	360	263	623
<a href="#">No. de pacientes remitidos para la atención del parto a niveles superiores</a>	2	3	5

## 7.6. INFORME DE SERVICIOS NUEVOS O FORTALECIDOS AÑO 2012 al 2015

En el presente informe se relacionan los principales servicios y procedimientos que se abrieron, fortalecieron o retomaron de 2012 a 2015.

En total el hospital se cuenta con 68 servicios habilitados de los cuales se abrieron nuevos 24 así: 4 servicios quirúrgicos, 6 de consulta externa, 1 de apoyo diagnóstico, 3 de atención domiciliaria, 9 de promoción y detección temprana y 1 transporte de asistencia básica.

A continuación se relacionan las principales novedades por servicio.

### CIRUGIA

Gracias a la gestión Gerencial se ha fortalecido el servicio de cirugía con la consecución y cambio de equipos básicos como capnógrafo, máquinas de anestesia, monitores de signos vitales, mesas de cirugía y lámparas celiáticas, arreglo de la infraestructura física, pintura, aires acondicionados, aumentando la operatividad de tres a seis quirófanos, Generando con esto un mayor confort tanto en el personal del área como en los pacientes, mejorando la seguridad del paciente y la imagen de la institución. Es importante resaltar que con el pago oportuno a proveedores y empleados, se ha generado confianza y estabilidad del Talento Humano principalmente de los Médicos Especialistas.

Por las razones anteriores, se ha venido aumentado la realización de las cirugías de grupos más altos que son las cirugías más complejas, de los grupos quirúrgicos entre 7 y 23, tales como colelap artroscopias, histerectomías, mamoplastias, reemplazos de cadera, rodilla y hombro, extracción de catarata por faco entre otras, que impactan los ingresos de la institución.

En el 2012 se contrató cirujano pediatra, lo que permitió realizar cirugías como herniorafias pediátricas umbilical e inguinal, En el 2015 se realizaron 192 cirugías.

Se abrió el servicio de dermatología donde se ofrece consulta y cirugía de esta especialidad, hoy se cuenta con 2 dermatólogos, se ha generado un impacto en la población en cuanto a la accesibilidad, oportunidad e integralidad de la atención. En el 2015 se realizaron 150 cirugías de esta especialidad.

También se presentó la novedad de apertura de "otras cirugía", pudiéndose así realizar programas quirúrgicos con apoyo de las universidades y las sociedades científicas, pudiendo dar respuesta a necesidades de la comunidad, como cirugías de labio y paladar fisurado, reconstrucción de oreja.

En el 2014 se reabrió cirugía plástica gracias a la contratación de un cirujano plástico, en el 2015 la cirugía: mamoplastia fue una de las 10 cirugías que más se vendieron en la institución, con 31 casos, de tal forma que este servicio impacta no solo como respuesta a la necesidad de la población sino también a los ingresos de la institución.

Se abrió Cirugía de urgencias el 3 en noviembre de 2015, a la fecha se han realizado 164 cirugías generales y 1 de ortopedia, dando respuesta a necesidades de la red pública del Departamento, logrando posicionarse como un servicio de 24 horas que le permite a la población una mejor oportunidad. Este servicio logró facturar en el 2015 un valor de \$109'662.700, fortaleciendo el consolidado total de cirugía, ya que la cirugía programada había sido afectado por la contención de demanda de las EPS.

En mayo de 2015 se aumentó el nivel de complejidad de las cirugías de ortopedia y neurología, de mediana a alta complejidad, gracias a que se cuenta con los equipos requeridos, disponibilidad de la UCI dentro de nuestras instalaciones y personal médico idóneo para realizar este tipo de cirugías; en el 2015 se realizaron 6 reemplazos de cadera, 13 reemplazos de rodilla y 2 de hombro, 177 artroscopias, las cuales generan un mayor compromiso con la comunidad al mejorar la oportunidad y accesibilidad y permiten un margen de ganancia superior a la institución. De igual forma se realizaron 19 neurocirugías, impactando el nivel de atención a la comunidad.

## HOSPITALIZACION

En el 2013 se abrió el servicio de Atención Domiciliaria paciente crónico con ventilador y sin ventilador y también para paciente agudo. En el 2014 se realizaron 39.104 actividades con un aumento significativo en el 2015 de 60.036 actividades que corresponde a más del 53% de variación.

En el 2014 se remodeló Medicina Interna, se adquirieron 32 camas eléctricas mejorando el confort y seguridad del paciente, disminuyendo el riesgo de caídas, además hay un gran impacto positivo en la imagen de la institución.

En julio de 2015 se inauguró la remodelación de Hospitalización Pediátrica, donde se realizaron las reformas necesarias con el fin de cumplir los estándares de habilitación. Se aumentaron las camas y cunas de 14 a 27, mejorando así el acceso, oportunidad, comodidad del paciente y su familia, la seguridad del paciente, y la imagen institucional. Los egresos del servicio aumentaron un 17% en el 2015 pasando de 1493 en el 2014 a 1757 en el 2015.

Para el 2016 se cuenta con 88 camas distribuidas así:

- 49 Medicina interna
- 27 Pediatría
- 12 Quirúrgicas

## AMBULATORIOS

Se hicieron dos consultorios nuevos con el fin de poder mejorar las condiciones de infraestructura y aumentar la capacidad instalada en el primer piso del hospital y así mejorar el acceso de los pacientes.

En consulta especializada se aumentaron las horas médico de dermatología logrando pasar de 976 en el 2014 actividades a 1336 en el 2015, y en neurología de se aumentó de 2957 actividades en el 2014 a 3450 actividades en el 2015, lo que significa un aumento del 36% y 16% respectivamente.

En otras especialidades el aumento de horas en la oferta logro mejorar los indicadores de oportunidad como ocurrió en urología, medicina interna, pediatría, anestesiología y ginecología.

Se aumentaron las horas de profesional en trabajo social y psicología dando una mejor



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



oportunidad en la atención, como respuesta a las necesidades de la comunidad. En psicología se logró un aumento de 1835 actividades en el 2014 a 2267 actividades en el 2015, equivalente a un 23%.

Se abrieron 9 servicios de promoción y detección temprana para cubrir las necesidades de la EPS Asociación Indígena del Cauca AIC y para brindar apoyo a la crisis de contratación presentada en la EPS CAPRECOM en febrero de 2015. Actualmente es necesario revisar la permanencia de éstos servicios.

## **APOYO DIAGNOSTICO**

Se abrió en mayo de 2015 el servicio de Diagnóstico Cardiovascular no invasivo donde se realizan exámenes como ecocardiograma, prueba de esfuerzo, test de holter, dopler venoso y arterial, gracias a la alianza estratégica con especialistas en cardiología de adulto y pediátrico que permitió, no solo la atención integral del paciente si no, el mejoramiento de la infraestructura brindando un mayor confort tanto al paciente como para el personal y de igual forma mejorando la imagen de la institución. En el año 2015 se realizaron 834 exámenes de cardiología.

En el servicio de endoscopia se adquirieron equipos de alta tecnología mejorándose la calidad de la imagen, la facilidad de la toma de la muestra patología y la presentación del informe lo que contribuye a obtener diagnósticos más precisos y oportunos, permitiendo ser competitivos en la ciudad.

En el servicio de cistoscopias se mejoró la tecnología y la capacidad instalada y con ello aumento en la capacidad de respuesta a la demanda, aumento en la frecuencia de la prestación del servicio y así mejorando la oportunidad en la atención.

También se adquirió el equipo de espirometría con lo cual se mejoró la oportunidad y la accesibilidad al servicio, impactando entonces a la comunidad y a los ingresos del hospital.

En el servicio de fisioterapia se adquirieron equipos nuevos e insumos, ofreciéndose un mejor servicio en cuanto a accesibilidad, oportunidad y calidad en la prestación del servicio a la comunidad.

## **DESARROLLO DE SERVICIOS:**

Como compromiso social y pensando en el desenlace del fin del conflicto y como un interés de salud pública la Institución lidera en el Departamento del valle del cauca la primera iniciativa de atención de víctimas de violencia sexual inmersas en el conflicto armado, colateralmente con víctimas de la violencia intrafamiliar tanto infantil, en adolescentes y adultos, para lo cual se ha desarrollado toda una estrategia de complementariedad con los diferentes organismos de responsabilidad social judicial y técnica para beneficiar a las víctimas y contribuir positivamente a los indicadores y mediciones de salud pública.

## **URGENCIAS**

Se amplió la sala de espera del servicio brindando más comodidad a los usuarios, se adecuó área para observación pediátrica y hoy se cuenta con 8 camas, separados de la parte de observación adultos y se cuenta con especialista en pediatría 12 horas al día, lo que hace el



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



servicio competitivo en la ciudad, también se ve reflejado en mejora de la accesibilidad, oportunidad y calidad de la atención, comodidad para la familia del paciente, la Institución hoy cuenta con 20 camillas en observación y 24 camillas en sala de urgencias, además con la presencia de médico internista, ginecólogo, traumatólogo y 4 médicos generales por cada turno para dar cubrimiento a las 24 horas de atención de pacientes y servicio farmacéutico necesario y suficiente para garantizar el respaldo complementario a la atención del paciente.

Además de lo anterior se realizó mejoras a la infraestructura física, como ampliación de espacios, remodelación, permitiendo contar con un servicio moderno y cómodo para las condiciones de los pacientes.

### **TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO**

En el año 2013 la actual administración recupero un vehículo de transporte asistencial básico que operaba un particular, con lo cual dinamizo el sistema de referencia y contrareferencia del hospital y para el año 2014 se habilita este servicio.

Para el año 2015, el Ministerio de Protección Social cofinancia la adquisición de una ambulancia medicalizada, la cual le da mayor capacidad resolutive al hospital, garantizando a los pacientes que requieren traslados en condiciones científicas y técnicas más exigentes, mayor seguridad de salvaguardar sus vidas y cumplir con la misión que demanda este servicio.



## 8. MATRIZ DOFA

OPORTUNIDAD	DEBILIDAD
Ampliación durante el periodo 2015-2016 en la facturación, en un porcentaje del 12% en promedio, manteniéndose la tendencia para la vigencia nombrada.	Déficit de la capacidad operativa.
Establecimiento de alianzas con IPS públicas y privadas debido a la conformación de la red de servicios de salud del Departamento.	Débil cultura en seguridad del paciente.
Única IPS publica nivel dos en la zona ladera de Cali, con una población de influencia de 25% de población del Municipio.	Débil cultura Organizacional con bajo enfoque a la calidad, atención del cliente y mejoramiento continuo.
Desarrollo y ampliación de nuevos servicios hospitalarios de acuerdo a los niveles de insuficiencia de la red	
Captación de nuevos usuarios debido a la apertura de nuevos servicios.	Débil articulación en la gestión de información de los procesos administrativos, asistenciales y de apoyo por la carencia de una plataforma tecnológica acorde a la dinámica actual de la ESE
Continuidad de la prestación de servicios a usuarios que estén en el régimen subsidiado e ingresen al régimen contributivo, además de la contratación con las EPS del régimen contributivo. (Decreto 3047 del 27 de diciembre de 2013)	Mejoramiento de la estructura y articulación costos de operación del Hospital.
Ampliación de los servicios de cirugía de urgencias 24 horas con cirugía especializadas tales como neurocirugía.	La estructura funcional de la organización no es acorde a las necesidades operacionales reales de la institución.
Fortalecimiento en el mejoramiento de tecnología biomédica lograda a través de proyectos	Debilidad en el proceso de adquisición, administración y distribución de insumos y medicamentos
Ejecución y continuidad con el desarrollo de la plataforma tecnológica integral.	Débil planeación en el proceso de mantenimiento biomédico e infraestructura
Continuar con el desarrollo de nuevos ingresos no operacionales	Débil articulación de la información del archivo en los procesos judiciales que cursan en los diferentes despachos en contra del Hospital
Debido al entorno socioeconómico del Hospital, es de gran atención para las entidades no gubernamentales que quieran desarrollar proyectos de gran impacto.	Ausencia de liquidez para soportar la operación corriente debido al bajo recaudo de los recursos reconocidos en la venta de servicios.
	Déficit reiterativo que aumentan el pasivos no corriente de la entidad.
	No se cuenta con un estudio de referenciación de tarifas que permitan optimizar el portafolio
	No existe un estudio de mercado sólido, que permita conocer y compararnos con las competencias basadas en datos confiables y actualizados.



"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"



Implementar el reglamento Interno de Contratación y realizar los contratos de acuerdo a los requisitos formales.

Débil articulación en la gestión de información de los procesos administrativos, asistenciales y de apoyo de la ESE.

Rotación de personal afecta el mantenimiento de los procesos.

Deficiencia en la estructura de inducción y reinducción institucional, además de ejecución.

FORTALEZA	AMENAZA
El Hospital cuenta con un nicho de mercado propio debido a la zona de influencia y ubicación	Oferta de servicios en salud de nivel 2 por parte de IPS nivel 1, dentro del área de influencia del Hospital.
Experiencia y tradición en la prestación de servicios de salud por más de 40 años	La Ubicación del hospital no es satisfactoria para la población del régimen contributivo.
Bajos niveles de infección intrahospitalaria	Demora de la entrega por parte del Ministerio los recursos económicos para la financiación de los proyectos de inversión para optimización del hospital.
Estricto cumplimiento en el comité de vigilancia epidemiológica en relación con alertas tempranas de enfermedades de notificación obligatorias	No existe control gubernamental en la regulación de tarifas
la segregación de la población del área de influencia se encuentre entre 15 y 44 años en un 50% lo cual permite la oferta de servicios de alto impacto.	Acondicionamiento del recaudo por parte de las EPS en virtud del ingreso no POS que reciben las mismas.
Apertura de nuevos servicios de consultas y procedimientos aumentando la satisfacción y manejo integral.	Débiles mecanismos de pago por parte de las EPS a 90 y 120 días
Una amplia oferta de servicios de especialidades medicas	No se evidencia un control estricto por parte de la secretaria de Salud Departamental hacia las IPS de nivel 1 que prestan servicios de nivel 2
Buenas relaciones con las EPS y personal médico.	Monopolio de las EPS en políticas de tarifas en contratación con las IPS.
Incremento sostenido en la venta de servicios.	Posibilidad de las IPS privadas de realizar contratación con EPS para la atención de la población del régimen subsidiado. - Exceso de competencia
Dinamismo y experiencia de la gerencia.	No oportunidad del pago de las EPS de los servicios de salud prestados.
oportunidad en la atención, por debajo de los estándares del Ministerio	Apertura de IPS Privadas con tarifas muy inferiores a las establecidas en el hospital.
Contratación de especialistas reconocidos en el mercado.	Presencia de pasivos contingentes en curso y lo incierto del pasivo pensional (cuotas partes y bonos pensionales)
Direccionamiento estratégico definido	Frágil funcionamiento y articulación del sistema de referencia y contra referencia
Innovación tecnológica de equipos biomédicos	Crisis hospitalaria actual por no pago de las EPS.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



Contar con convenios docente - asistenciales con el fin de fortalecer la capacidad de oferta y mejorar la calidad del servicio
--

Modernización área medicina interna - pediatría
---

Disminución de quejas y reclamos
----------------------------------

Oportunidad en la radicación de la facturación mensual generada y conciliación permanente de la cartera con las EPS
---

La recuperación de la imagen y confianza con las entidades bancarias, proveedores y terceros para con la institución.
---

## 9. METODOLOGIA - BALANCED SCORECARD

Una vez evaluado el Plan de Desarrollo 2012 – 2015 además de la matriz DOFA, la institución decide que para la metodología de planeación, elaboración, ejecución y medición del Plan de Desarrollo 2016 – 2019 “El Mario Somos Todos” se realizara a través del **BALANCE SCORECARD**

### CONCEPTO DE BALANCED SCORECARD

BSC - Una herramienta de gestión que traduce la estrategia de la empresa en un conjunto coherente de indicadores y metas.

La visión y la estrategia de negocios dictan el camino hacia el que deben encaminarse los esfuerzos individuales y colectivos de una empresa. La definición de estrategias por naturaleza es complicada, pero la implementación de la misma representa el mayor obstáculo en la mayoría de las ocasiones. El reto corresponde en identificar exactamente lo que debe monitorearse, para comunicar en todos los niveles de la empresa, si se están alcanzando las estrategias a través de acciones muy puntuales.

**Balanced Scorecard** es la principal herramienta metodológica que traduce la estrategia en un conjunto de medidas de la actuación, las cuales proporcionan la estructura necesaria para un sistema de gestión y medición.

El acceso a los principales almacenes de información brinda la posibilidad de presentar los resultados de desempeño y entender por qué están dándose esos resultados.

### Beneficios

**El Balanced Scorecard** induce una serie de resultados que favorecen la administración de la compañía, pero para lograrlo es necesario implementar la metodología y la aplicación para monitorear, y analizar los indicadores obtenidos del análisis. Entre otros podemos considerar las siguientes ventajas:

- Alineación de los empleados hacia la visión de la empresa.
- Comunicación hacia todo el personal de los objetivos y su cumplimiento.
- Redefinición de la estrategia en base a resultados.
- Traducción de la visión y estrategias en acción.
- Favorece en el presente la creación de valor futuro.
- Integración de información de diversas áreas de negocio.
- Capacidad de análisis.
- Mejoría en los indicadores financieros.
- Desarrollo laboral de los promotores del proyecto.

### Orígenes del Balanced Scorecard (BSC)

Como con cualquier concepto nuevo, existen seguidores, pero también detractores del mismo. El antecedente más reconocido del Balanced Scorecard es el *Tableau de Bord* surgido en Francia, el cual presentaba indicadores financieros y no financieros para controlar los diferentes procesos de negocios.

Desde la década de los sesenta existían diferentes acercamientos para el control de los procesos de negocios. La idea siempre giraba en torno a seleccionar un conjunto de



indicadores que pudieran ser construidos para apoyar la gestión, sólo que normalmente las áreas de negocio eran definidas y fijas. De hecho, los acercamientos eran de compañías muy específicas, no como parte de una cultura general que comenzara a extenderse.

General Electric y Citibank son de las empresas que fueron pioneras en la construcción de modelos de seguimiento y control de objetivos basados en indicadores. BSC indudablemente recoge la idea de usar indicadores para evaluar la estrategia, pero agrega, además, otras características que lo hacen diferente y más interesante, y le han permitido evolucionar desde su propia e inicial definición en 1992, *"un conjunto de indicadores que proporcionan, a la alta dirección, una visión comprensiva del negocio"*, para *"ser una herramienta de gestión que traduce la estrategia de la empresa en un conjunto coherente de indicadores."* La diferencia importante del *Tableau de Bord* con respecto al BSC es que, antes, se generaban una serie de indicadores financieros y no financieros, y éstos se dejaban a cada directivo para que pudiera, en base a su experiencia, seleccionar aquellos que consideraban más importantes para su trabajo. El BSC disminuye la posibilidad de error de una persona, ya que los indicadores son definidos por un conjunto multidisciplinario de sujetos que no da opción a seleccionar o no seleccionar algunos de ellos, simplemente si está dentro de los indicadores es porque es relevante en algún punto para la implantación de la estrategia o el seguimiento de la misma.

En el **BSC** es indispensable primero definir el modelo de negocio del cual se desprenderán los indicadores de acción y de resultados, que reflejarán las interrelaciones entre los diferentes componentes de la empresa. Una vez construido, los directivos utilizan este modelo como mapa para seleccionar los indicadores del BSC.

**El BSC permite tener el control del estado de salud corporativa y la forma como se están encaminando las acciones para alcanzar la visión.**

### ¿Qué es Balanced Scorecard?

En 1992, Kaplan y Norton de Harvard University revolucionaron la administración de empresas al introducir un concepto bastante efectivo para alinear la empresa hacia la consecución de las estrategias del negocio, a través de objetivos e indicadores tangibles. La principal innovación fue la introducción de mediciones sobre los intangibles como requisitos indispensables para alcanzar los objetivos financieros.

Puede entenderse al **BSC** como una herramienta o metodología, lo importante es que convierte la visión en acción mediante un conjunto coherente de indicadores agrupados en 4 categorías de negocio.

Según Mario Vogel, ***"BSC lo ayuda a balancear, de una forma integrada y estratégica, el progreso actual y suministra la dirección futura de su empresa, para ayudarlo a convertir la visión en acción por medio de un conjunto coherente de indicadores, agrupados en 4 diferentes perspectivas, a través de las cuales se puede ver el negocio en su totalidad."***

Las 4 categorías de negocio son: Financieras, Clientes, Procesos Internos y Formación y Crecimiento. BSC sugiere que estas perspectivas abarcan todos los procesos necesarios para el correcto funcionamiento de una empresa y deben ser considerados en la definición de los indicadores. De acuerdo a las características propias de cada negocio pueden existir incluso más, pero difícilmente habrá menos de las mencionadas.

El equilibrio entre los indicadores es lo que da nombre a la metodología, pues se presenta un balance entre los externos relacionados con accionistas y clientes, y los internos de los procesos, capacitación, innovación y crecimiento; también existe un equilibrio entre indicadores de resultados, los cuales ven los esfuerzos (principalmente económicos) pasados e indicadores que impulsan la acción futura (capacitación, innovación, aprendizaje, etc.).

El **BSC** permite tener el control del estado de salud corporativa y la forma cómo se están encaminando las acciones para alcanzar la visión. A partir de la visualización y el análisis de los indicadores balanceados, pueden tomarse acciones preventivas o correctivas que afecten el desempeño global de la empresa.

Por sus características, el **BSC** puede implementarse a nivel corporativo o en unidades de negocio con visión y estrategias de negocios definidas y que mantengan cierta autonomía funcional.

### **Perspectivas del Balanced Scorecard**

A pesar de que son 4 las perspectivas que tradicionalmente identifican un **BSC**, no es indispensable que estén todas ellas; estas perspectivas son las más comunes y pueden adaptarse a la gran mayoría de las empresas que no constituyen una condición indispensable para construir un modelo de negocios.

#### **Perspectiva financiera.**

Históricamente los indicadores financieros han sido los más utilizados, pues son el reflejo de lo que está ocurriendo con las inversiones y el valor añadido económico, de hecho, todas las medidas que forman parte de la relación causa-efecto, culminan en la mejor actuación financiera.

#### **Perspectiva del cliente.**

Como parte de un modelo de negocios, se identifica el mercado y el cliente hacia el cual se dirige el servicio o producto. La perspectiva del cliente es un reflejo del mercado en el cual se está compitiendo.

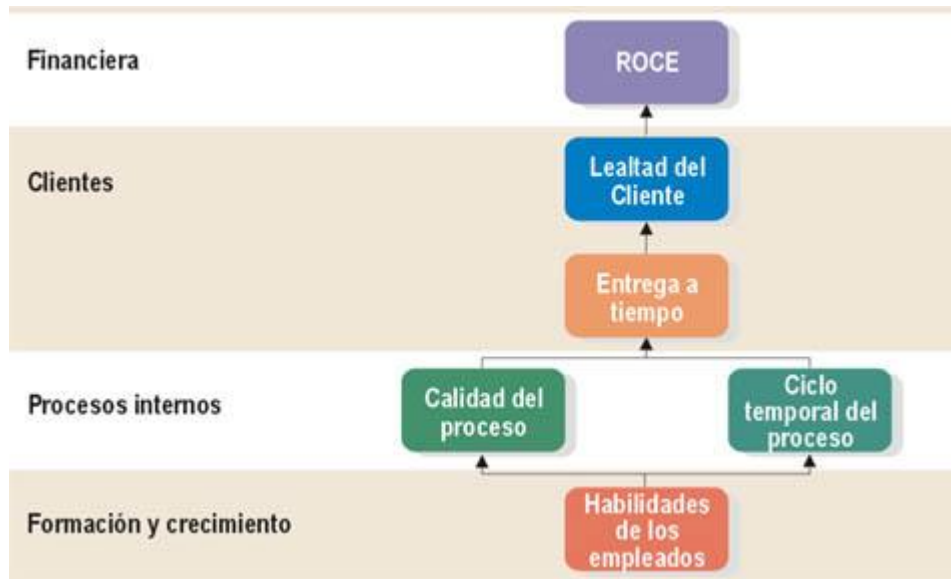
Brinda información importante para generar, adquirir, retener y satisfacer a los clientes, obtener cuota de mercado, rentabilidad, etc. *"La perspectiva del cliente permite a los directivos de unidades de negocio articular la estrategia de cliente basada en el mercado, que proporcionará unos rendimientos financieros futuros de categoría superior."* (Kaplan & Norton).

#### **Perspectiva procesos internos.**

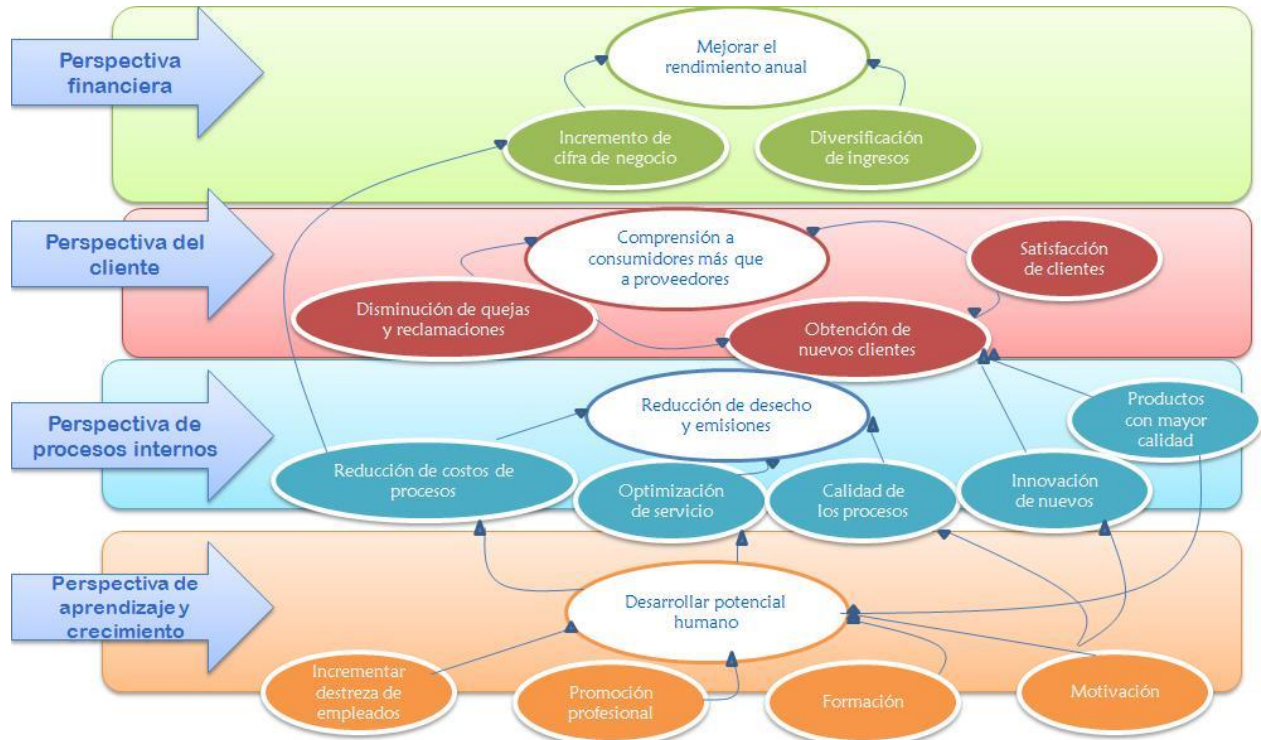
Para alcanzar los objetivos de clientes y financieros es necesario realizar con excelencia ciertos procesos que dan vida a la empresa. Esos procesos en los que se debe ser excelente son los que identifican los directivos y ponen especial atención para que se lleven a cabo de una forma perfecta, y así influyan a conseguir los objetivos de accionistas y clientes.

### Perspectiva de formación y crecimiento.

Es la perspectiva donde más tiene que ponerse atención, sobre todo si piensan obtenerse resultados constantes a largo plazo. Aquí se identifica la infraestructura necesaria para crear valor a largo plazo. Hay que lograr formación y crecimiento en 3 áreas: personas, sistemas y clima organizacional. Normalmente son intangibles, pues son identificadores relacionados con capacitación a personas, software o desarrollos, máquinas e instalaciones, tecnología y todo lo que hay que potenciar para alcanzar los objetivos de las perspectivas anteriores.



Relaciones causa-efecto a través de las 4 perspectivas del **BSC**. Propiedad intelectual del Dr. Robert Kaplan y David Norton.



Cada empresa deberá adecuar las perspectivas y, sobre todo, la información que cada una de ellas tendrá, pero la principal importancia recae en que se comuniquen los resultados alcanzados, no en el número de perspectivas.

### ¿Cómo se usa?

La filosofía principal para sugerir perspectivas de indicadores es que todos ellos, en perfecto balance, abarcan casi la totalidad de los indicadores necesarios para monitorear la empresa, pero la pregunta es cómo vincular las distintas perspectivas.

Todo lo que pasa en cualquier empresa es un conjunto de hipótesis sobre la causa y efecto entre indicadores. Cualquier acción que se ejecute, tendrá un impacto directo sobre otra variable, es por eso que la perspectiva de Formación y Crecimiento es la base que permite crear la infraestructura necesaria para crecer en las otras perspectivas. Lo importante es saber que ninguna perspectiva funciona en forma independiente, sino que puede iniciarse una acción con alguna de ellas y repercutirá sobre todas las demás.

Un ejemplo simple puede ilustrar esta situación: Supongamos que los empleados necesitan capacitación e instalaciones adecuadas para estar satisfechos y, por extensión, realizar bien su trabajo; si realizan bien su trabajo de forma individual estarán realizando procesos de negocio complejos que afectarán directamente el producto o servicio ofrecido para que éste sea de mejor calidad; un buen servicio provocará que el cliente esté satisfecho, recomiende y, por extensión, incremente la cuota de mercado, lo cual a su vez repercutirá en mayores ingresos y rentabilidad.

Pareciera un ejemplo muy trivial, pero de alguna forma es como afectan ciertas perspectivas sobre todas las demás. Cada una de las medidas forma parte de la cadena de relaciones



causa-efecto que dan significado a la estrategia en la unidad de negocio.

### **Definición de Visión y Estrategias.**

El punto inicial para poder diseñar un modelo de **BSC** es la definición de la visión y estrategias, no es sencillo, sin embargo, normalmente la gente llega a acuerdos en este sentido, pues son muy genéricos los objetivos de crecimientos que se persiguen. Donde la mayoría tropieza es en la interpretación de las estrategias. Por ejemplo, el crecimiento de la empresa difícilmente sería cuestionable, pero para algunos, el crecimiento puede significar aumento geográfico, para otros mayores ingresos o incremento de empleados. Llegar a consensos sobre las estrategias lleva a establecer tanto objetivos como indicadores que midan los objetivos.

### **Definición de Indicadores.**

Entendida la visión y estrategias de la empresa es posible determinar los objetivos que hay que cumplir para lograr la estrategia y aterrizarlos en indicadores. Es importante que los indicadores no controlen la actividad pasada solamente, los indicadores deben reflejar los resultados muy puntuales de los objetivos, pero también deberán informar sobre el avance para alcanzar esos objetivos. Esto es, la mezcla balanceada entre indicadores de resultados e indicadores de actuación es lo que permitirá comunicar la forma de conseguir los resultados y, al mismo tiempo, el camino para lograrlo. Como resaltan Kaplan y Norton: "*Resultados son los indicadores históricos, indicadores de la actuación son indicadores previsionales.*"

Otro aspecto que hay que resaltar es el número de indicadores que deberán formar parte del escenario principal o maestro. Según Kaplan y Norton, un número adecuado para esta labor es de 7 indicadores por perspectiva y si son menos, mejor. Se parte de la idea de que un Tablero con más de **28 indicadores** es difícil de evaluar cabalmente, además de que el mensaje que comunica el **BSC** se puede difuminar y dispersar los esfuerzos en conseguir varios objetivos. El ideal de **7 indicadores** por perspectiva no significa que no pueda haber más, simplemente pueden consultarse en caso de hacer una análisis más a conciencia, pero los mencionados serán aquellos que se consulten frecuentemente y puedan, verdaderamente, indicar el estado de salud de la compañía o área de negocio.

### **Implementación del BSC.**

Una vez definido el modelo de negocio y los indicadores de acción y resultados, es posible implementar el **BSC** de dos formas:

**Modelo de control y seguimiento.** En caso de que la visión, estrategias e indicadores estén perfectamente definidos y acordados, el BSC puede implementarse como un tradicional modelo de análisis por excepción. Se da un seguimiento puntual sobre los avances en el logro de las estrategias con respecto a lo planteado y el **BSC** libera una cantidad de trabajo importante al directivo, al realizar análisis por excepción de aquellos procesos conocidos que, eventualmente, requieren de más tiempo para su análisis; un análisis que sólo se da cuando no corresponden los datos con el objetivo.

**Modelo de aprendizaje organizativo y comunicación.** En empresas donde no existe un acuerdo unánime, que están en crecimiento o se quiere aprovechar el potencial de los empleados sin perder el control de la empresa, el **BSC** no debe utilizarse como un modelo de



control, sino como un modelo de aprendizaje, un modelo proactivo que enriquezca las definiciones originales. En este caso, los valores de los indicadores pueden aprovecharse para adecuar la estrategia planteada originalmente y, por extensión, los rumbos de la empresa. A diferencia del modelo de control, el estrategia necesita constantemente analizar los indicadores y tomar decisiones que reorienten los esfuerzos para obtener máximos beneficios.

### Feedback y aprendizaje estratégico.

En uno de los aspectos más innovadores, **BSC** no termina en el análisis de los indicadores. Es un proceso permanente en el que puede haber feedback de un ciclo, que consiste en corregir las desviaciones para alcanzar los objetivos fijos definidos y feedback de doble ciclo, donde los estrategias cuestionan y reflexionan sobre la vigencia y actualidad de la teoría planteada en un inicio, y su posible adecuación. El feedback sugiere aprendizaje estratégico, que es la capacidad de formación de la organización a nivel ejecutivo, es el poder *"aprender la forma de utilizar el Balanced Scorecard como un sistema de gestión estratégica."*



. El sistema de *feedback* utilizado para comprobar las hipótesis sobre las que se basa la estrategia.

. Equipo de solución de problemas.

. El desarrollo de la estrategia es un proceso continuo.

*Feedback y formación estratégicos. Propiedad intelectual de Robert Kaplan y David Norton*

### Objetivos típicos de un BSC

- Obtener claridad y consenso alrededor de la estrategia (FMC Corporation).
- Alcanzar enfoque (Chemical Bank).
- Desarrollar liderazgo (Mobil).
- Intervención estratégica (Sears Roebuck).
- Educar a la organización (Cigna P&C).
- Fijar metas estratégicas (Rockwater).
- Alinear programas e inversiones (United way).
- Para enlazarlo al sistema de incentivos (EPM).
- Mejorar el sistema de indicadores actuales (Transporte-Ecopetrol).
- Mantenernos enfocados estratégicamente y evaluar la gestión estratégica (Penta D.O.)

**Uno de los principales retos a solventar para poder implementar un sistema BSC, es la obtención de indicadores confiables.**

## 10. ESTRUCTURA PROGRAMATICA

Finalmente se definen cuatro (4) Ejes Estratégicos, ocho (8) Objetivos y dieciocho (18) Programas necesarios para el logro de los resultados esperados. Estos fueron planteados de manera suficiente y ordenada para asegurar el logro de cada uno de los resultados. Para la evaluación objetiva de estos alcances se definieron las metas. Es decir se delimitó el compromiso adquirido en el plan en términos de cantidad, calidad, lugar y tiempo.

PLAN DE DESARROLLO "EL MARIO SOMOS TODOS"							
EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO "NUESTROS USUARIOS SON LA BASE DE NUESTRO CRECIMIENTO", "PARA ELLOS TRABAJAMOS", "SON LA FUERZA QUE NOS IMPULSA A SEGUIR ADELANTE".							
EJE ESTRATEGICO No.1: FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE GESTIÓN (Fortalecimiento del modelo de gestión y sostenibilidad financiera)							
PERSPECTIVA - DIRECCIONAMIENTO Y FINANCIERA							
OBJETIVO	PROGRAMA	INDICADOR	TIPO	TENDENCIA	MEDICIÓN	FORMULA	META
<b>OBJETIVO No. 1: AFIANZAR EL MODELO DE GESTION FINANCIERA</b>	PROGRAMA No. 1: Asegurar el equilibrio operacional implementando estrategias que permitan garantizar resultados positivos en la operación y prestación de los servicios.	Resultado de Equilibrio presupuestal con recaudo	Eficacia	Creciente	Mensual	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores	mayor o igual a 1
		Riesgo Financiero	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Gasto acumulado / Recaudo acumulado)*100	100%
		Cumplimiento Total Facturación del periodo	Eficacia	Creciente	Mensual	(Valor total facturado / Meta de Facturación del periodo) x 100	100%
		Ingresos Por UCI	Eficacia	Creciente	Mensual	(Total Venta Servicios / Meta Proyección Venta Servicios) *100	100%
		Incremento de Ingresos (SalDOS de radicación)	Eficacia	Creciente	Mensual	(Radicación Venta Servicios / Venta de servicios) *100	80%
		Cumplimiento meta de Facturación Acumulada	Eficacia	Creciente	Mensual	(Valor Facturado Acumulado / Meta de Facturación Acumulada)*100	100%
		Porcentaje de glosas	Eficacia	Decreciente	Mensual	(Valor Glosado en el periodo/Valor Facturado en el periodo)*100	3%
	PROGRAMA No. 2: Fortalecer la gestión en el recaudo de la	Cartera Corriente acumulada	Eficacia	Creciente	Mensual	(Recaudo mes / Recaudo proyectado mes) *100	85%



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



	cartera corriente.						
	PROGRAMA No. 3: Fortalecer la gestión de recuperación de cartera no corriente.	Cartera No Corriente acumulada	Eficacia	Creciente	Mensual	(Recaudo mes / Recaudo proyectado mes) *100	85%
	Programa No. 4: Ejecutar un plan de saneamiento de pasivos, considerando marco fiscal de mediano plazo	Saneamiento de Pasivo	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	Pasivos pagados/Total de pasivos a diciembre 31	90%
	PROGRAMA No. 5: Desarrollar una estructura de costos competitiva a tono con la dinámica de los mercados liderado por un funcionario especialista en costos.	Margen de utilidad	Eficacia	Creciente	Mensual	(Costos / Producción)*100	12%

**EJE ESTRATEGICO No. 2: ATENCIÓN CON CALIDEZ HUMANA, NUESTRA RAZÓN DE SER (Atención con calidez y Satisfacción de nuestros usuarios)**

**PERPESCTIVA - CLIENTE**

OBJETIVO	PROGRAMA	INDICADOR	TIPO	TENDENCIA	MEDICIÓN	FORMULA	META
<b>OBJETIVO No. 2: GARANTIZAR OPORTUNIDAD Y ACCESIBILIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES</b>	PROGRAMA No. 6: Realizar trabajo de mercadeo y recuperación de imagen corporativa al interior y exterior de la organización.	Nivel de satisfacción de cliente usuario	Eficacia	Creciente	Mensual	(Número total de pacientes que se consideran satisfechos con la IPS/ número total de pacientes encuestados) *100	90%
		Nivel de satisfacción de cliente institucional	Eficacia	Creciente	Trimestral	(Número total de clientes institucionales que se consideran satisfechos con la IPS/ número total de clientes institucionales encuestados) *100	90%
		Gestión de Quejas y reclamos antes de 15 días	Eficiencia	Acumulado creciente	Mensual	(Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días /total de quejas recibidas en el periodo) x 100%	90%



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	Eficacia	Creciente	Mensual	(Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?" / Número de usuarios que respondieron la pregunta ) * 100	80%
	Proporción de usuarios que recomendarían los servicios de la IPS a un amigo o familiar	Eficacia	Creciente	Mensual	(Número de usuarios que respondieron "definitivamente sí" o "Probablemente sí" a la pregunta: ¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?" / Número de usuarios que respondieron la pregunta ) * 100	90%
	Plan de Comunicaciones	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Actividades realizadas / Actividades programadas) * 100	90%
PROGRAMA No. 7: Que la organización esté alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de los resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad.	Cumplimiento PAMEC de Acceso	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Número de acciones del PAMEC de Acceso cerradas / número total de acciones de PAMEC de Acceso establecidas) * 100	90%
	Cumplimiento PAMEC Estándar de Direccionamiento	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Número de acciones del PAMEC de Direccionamiento cerradas / número total de acciones de PAMEC de Direccionamiento establecidas) * 100	90%
	Cumplimiento PAMEC Estándar de Gerencia	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Número de acciones del PAMEC de Gerencia cerradas / número total de acciones de PAMEC de Gerencia establecidas) * 100	90%
Programa No. 8: Prestación de servicios oportunos	Oportunidad de atención en urgencias triage 2	Eficacia	Decreciente	Mensual	(Sumatoria total del tiempo de espera entre el ingreso del paciente y la atención del	30 Minutos



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



					mismo Triage 2 / Número total de consultas en el servicio de urgencias Triage 2)	
	Oportunidad en asignación de cita en consulta de medicina general	Eficacia	Decreciente	Mensual	(Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, y la fecha para la cual es asignada / Número total de consultas en el periodo)	3 Días
	Oportunidad en asignación de cita en consulta de medicina interna	Eficacia	Decreciente	Mensual	(Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, y la fecha para la cual es asignada / Número total de consultas en el periodo)	15 Días
	Oportunidad en asignación de cita en consulta de Pediatria	Eficacia	Decreciente	Mensual	(Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, y la fecha para la cual es asignada / Número total de consultas en el periodo)	5 Días
	Oportunidad en asignación de cita en consulta de Ginecología	Eficacia	Decreciente	Mensual	(Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, y la fecha para la cual es asignada / Número total de consultas en el periodo)	8 Días
	Oportunidad en asignación de cita en consulta de Cirugía General	Eficacia	Decreciente	Mensual	(Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, y la fecha para la cual es asignada / Número total de consultas en el periodo)	20 Días



		Oportunidad en asignación de cita en consulta de Odontología	Eficacia	Decreciente	Mensual	(Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, y la fecha para la cual es asignada / Número total de consultas en el periodo)	3 Días
		Tiempo de atención en el servicio (de espera)	Eficacia	Decreciente	Mensual	(Tiempo transcurrido desde la entrada del paciente al servicio hasta la atención por parte del médico/ total de pacientes atendidos en el periodo)	30 Minutos
		Oportunidad de atención en Citas	Eficacia	Decreciente	Mensual	(Sumatoria total del tiempo de espera entre el ingreso del usuario y la atención del mismo/ Número total de usuarios atendidos)	30 Minutos

**EJE ESTRATEGICO No.3: COMPROMISO GERENCIAL (Competitividad en la prestación de servicios)**

**PERPECTIVA - PROCESO INTERNO**

OBJETIVO	PROGRAMA	INDICADOR	TIPO	TENDENCIA	MEDICIÓN	FORMULA	META
<b>OBJETIVO No. 3: LOS SERVICIOS DE SALUD QUE BRINDA LA INSTITUCIÓN, CUMPLEN CON LOS REQUISITOS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD.</b>	PROGRAMA No. 9: Fortalecimiento de los diferentes programas a nivel asistencial que permitan el cumplimiento del SOGC y mejoramiento continuo en pro de una atención con calidad.	Cumplimiento al Programa de Seguridad del paciente	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	90%
		Cumplimiento PAMEC de Seguridad del Paciente	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	90%
		Gestión de eventos adversos (según Circular Única)	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Total de eventos adversos gestionados / Eventos adversos detectados)*100	100%
		Cumplimiento al Programa de Tecno vigilancia	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	90%
		Cumplimiento de Programa de Farmacovigilancia	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	90%
		Cumplimiento de Programa de Reactivo y Hemovigilancia	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	90%



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



	Tasa de infección hospitalaria	Eficacia	Decreciente	Mensual	(Número de pacientes con infección nosocomial / Número de pacientes hospitalizados (INGRESOS))	2%	
	Tasa de infección hospitalaria en sitio operatorio	Eficacia	Decreciente	Mensual	(Todas las infecciones de sitio operatorio detectadas durante el seguimiento en el postquirúrgico en el periodo/Total de procedimientos quirúrgicos realizados en el periodo) *100	2%	
	Tasa de Mortalidad mayor a 48 horas	Eficacia	Decreciente	Mensual	(Número de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 del ingreso/ número total de pacientes hospitalizados) x 100	1%	
	Análisis mortalidad intrahospitalaria	Eficacia	Creciente	Mensual	(Número de casos de mortalidad mayor a 48hr revisados en el comité respectivo /Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo) x 100	90%	
	PROGRAMA No. 10: Fortalecimiento del proceso de auditoria asistencial.	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Eficacia	Creciente	Trimestral	(Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia)*100	80%

<b>OBJETIVO No. 4:</b> Cumplimiento de las metas de producción lo cual permite atender la necesidades de la población usuaria.	PROGRAMA No. 11: Cumplimiento de la producción de los procesos misionales.	Cumplimiento de metas Consulta Médica Especializada	Eficacia	Creciente	Mensual	(Consultas realizadas / meta consultas a realizar ) x100	100%
		Cumplimiento de metas consulta de Terapias	Eficacia	Creciente	Mensual	(Consultas realizadas / meta consultas a realizar ) x100	100%
		Cumplimiento de metas Laboratorio	Eficacia	Creciente	Mensual	(actividades realizadas / meta actividades a realizar ) x100	100%
		Cumplimiento de metas Ayudas Diagnosticas (Endoscopias- Radiología- Electro diagnostico- Ecografía)	Eficacia	Creciente	Mensual	(actividades realizadas / meta actividades a realizar ) x100	100%
		Metas Cirugía Urgencias	Eficacia	Creciente	Mensual	(Total de cirugías realizadas/ total de cirugías planeadas) x 100	100%
		Metas Cirugía programada	Eficacia	Creciente	Mensual	(Total de cirugías realizadas/ total de cirugías planeadas) x 100	100%
		Metas Hospitalización por Egresos	Eficacia	Creciente	Mensual	(Total de los egresos en Hospitalización / metas hospitalización ) x 100	100%
<b>OBJETIVO No. 5:</b> Fortalecimiento de los servicios de salud	PROGRAMA No. 12: Prestar servicios de salud con calidad en beneficio de la calidad de vida de nuestros usuarios.	Cumplimiento PAMEC de Gestión Clínica - Hospitalización	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Número de acciones del PAMEC de Gestión Clínica - Hospitalización cerradas / número total de acciones de PAMEC de Gestión Clínica - Hospitalización establecidas) *100	90%
		Cumplimiento PAMEC de PyP	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Número de acciones del PAMEC de PyP cerradas / número total de acciones de PAMEC de PyP establecidas) *100	90%
		Cumplimiento PAMEC de Apoyo Diagnostico	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Número de acciones del PAMEC de Apoyo Diagnostico cerradas / número total de acciones de PAMEC de Apoyo Diagnostico establecidas) *100	90%



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"



		Cumplimiento PAMEC de Gestión Clínica - Referencia y Contra referencia	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Número de acciones del PAMEC de Gestión Clínica - Referencia y Contra referencia cerradas / número total de acciones de PAMEC de Gestión Clínica - Referencia y Contra referencia establecidas) *100	90%
	PROGRAMA No. 13: Prestar los Servicios de salud pública a través de Proyectos que permitan el mejoramiento de la atención de nuestros usuarios.	De acuerdo al Anexo Técnico elaborado	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Número de acciones del cerradas / número total de acciones establecidas) *100	90%

**EJE ESTRATEGICO No.4: POSICIONAMIENTO DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL ( Recurso humano, infraestructura y tecnología, compromiso gerencial)**

**PERSPECTIVA - APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO**

OBJETIVO	PROGRAMA	INDICADOR	TIPO	TENDENCIA	MEDICIÓN	FORMULA	META
<b>OBJETIVO No. 6: FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE APOYO LOGISTICO HOSPITALARIO.</b>		Cumplimiento PAMEC Estándar de Gestión de Ambiente Físico	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Número de acciones del PAMEC de Gestión de Ambiente Físico cerradas / Número total de acciones de PAMEC de Gestión de Ambiente Físico establecidas) *100	90%
	PROGRAMA No. 14: Programación y ejecución del plan de apoyo logístico hospitalario. Que permitan atender las necesidades institucionales.	Cumplimiento a Mantenimiento Programado de infraestructura	Eficacia	Creciente	Mensual	(Total de actividades realizadas /Total de actividades programadas)*100	90%
		Cumplimiento de mantenimiento preventivo de equipos	Eficacia	Creciente	Mensual	(No. De mantenimientos realizados/No. De mantenimientos programados)*100	90%
		Cumplimiento de mantenimiento correctivo de equipos	Eficacia	Creciente	Mensual	(No. De mantenimientos realizados/No. De mantenimientos correctivos solicitados)*100	90%
		Cumplimiento a plan de metrología y calibración	Eficacia	Creciente	Mensual	(No. De actividades realizadas/No. De actividades programadas)*100	90%
	PROGRAMA No. 15: Promoción y apoyo de la gestión ambiental	Cumplimiento del PGIRH	Eficacia	Creciente	Mensual	(No. De acciones realizadas/No. De acciones programadas)*100	80%

<b>OBJETIVO No. 7:                      DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LA TECNOLOGIA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN AJUSTADAS A LAS NECESIDADES ESPECIFICAS DE LA INSTITUCIÓN.</b>	PROGRAMA No. 16: Implementar en la ESE el proyecto de desarrollo de la tecnología informática y Sistemas de información que se ajuste a las necesidades específicas de la organización.	Cumplimiento PAMEC Estándar de Gestión de Tecnología	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Número de acciones del PAMEC de Gestión de Tecnología cerradas / número total de acciones de PAMEC de Gestión de Tecnología establecidas) *100	90%
		Cumplimiento PAMEC Estándar de Sistemas de Información	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(número de acciones del PAMEC de Sistemas de Información cerradas / número total de acciones de PAMEC de Sistemas de Información establecidas) *100	90%
		Ejecución de plan de mantenimiento sistema de información	Eficacia	Creciente	Mensual	(Sumatoria total de los mantenimientos realizados en la vigencia / Número total de mantenimientos preventivos programados en la vigencia) x100	90%
		Avance PETI	Eficacia	Creciente	Mensual	(Evaluación de los avances / Resultado esperado en la implementación de la nueva plataforma tecnológica)	90%
<b>OBJETIVO No. 8:                      DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA INSTITUCIONAL.</b>	PROGRAMA No. 17: Fortalecimiento de la cultura Institucional.	Cumplimiento PAMEC Humanización	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Número de acciones del PAMEC Humanización cerradas / número total de acciones de PAMEC Humanización establecidas) *100	90%
		Cumplimiento programa de Humanización	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Total acciones cerradas / Total acciones planeadas)*100	80%
		Cumplimiento a plan Institucional de capacitación	Eficacia	Creciente	Mensual	(No. De capacitaciones realizadas/No. De capacitaciones programadas)*100	80%
		Cumplimiento a plan de Bienestar	Eficacia	Creciente	Mensual	(No. De actividades realizadas/No. De actividades programadas)*100	80%
		Cumplimiento a plan de inducción y reinducción General	Eficacia	Acumulativo Creciente	Mensual	(No.inducciones generales realizadas/No. Funcionarios que ingresan en el periodo)*100	80%



	Clima Organizacional	Eficacia	Creciente	Anual	Promedio de resultado de encuestas de Clima	80%
	Cumplimiento del programa del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Eficacia	Creciente	Mensual	Actividades realizadas / actividades programadas	80%
	Satisfacción del cliente interno	Eficacia	Creciente	Semestral	Promedio de resultado de encuestas de satisfacción realizadas (encuestas satisfechas/total de encuestas)	80%
PROGRAMA No. 18: Implementar estrategias que permita administrar y atender las necesidades del recurso humano que labora en la ESE.	Cumplimiento PAMEC Estándar de Talento Humano	Eficacia	Acumulado Creciente	Mensual	(Número de acciones del PAMEC de Talento Humano cerradas / número total de acciones de PAMEC de Talento humano establecidas) *100	90%

## 11. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 -2019 “EL MARIO SOMOS TODOS”

El seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo permite a la Institución, y a la ciudadanía en general, verificar el progreso de las Ejes estratégicos y programas para la consecución de sus objetivos y de las metas priorizadas por el mismo.

Para tal fin la gerencia despliega un plan operativo anual, el cual da cobertura a los cuatro ejes estratégicos, de tal manera que permita no solo dar cumplimiento al plan de desarrollo sino también al mejoramiento institucional.

## 12. APROBACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO

El Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2016 - 2019 del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, luego de ser Formulado por el Equipo Directivo del Hospital y con la participación de la comunidad en general en liderazgo del Gerente IRNE TORRES CASTRO, pasa a ser estudiado, evaluado y aprobado por la Junta Directiva de la Institución.

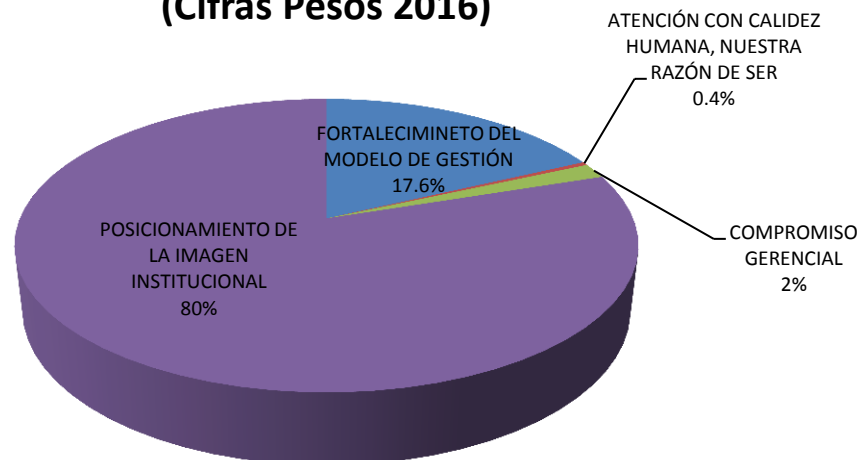
## ANEXO No. 1

### PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES 2016 - 2019

En búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y su familia a través de la prestación de servicios integrales de salud de baja, media y alta complejidad, las estrategias objetivas y programas del Plan de Desarrollo: "El Mario Somos Todos" se soportan sobre un Plan Plurianual de Inversiones (PPI) 2016 – 2019 que asciende a un valor de \$ **95.600.697.560** Millones de 2016.

En relación con los *Ejes Estratégicos* y objetivos del Plan, los recursos del PPI están distribuidos de la siguiente manera: un **17.6%** para la estrategia de **Fortalecimiento del Modelo de Gestión**; un **0.4%** para materializar los objetivos y metas planteadas en la estrategia de **Atención con Calidez Humana, Nuestra Razón de Ser**; un **2%** destinado a la realización de la estrategia **Compromiso Gerencial** y por último, un **80%** asociado al cumplimiento de la estrategia **Posicionamiento de la Imagen Institucional** (véase el gráfico No. 1).

### Distribución del PPI por Eje Estratégico (Cifras Pesos 2016)



En conjunto el PPI provee una estrategia de financiamiento orientada a cumplir con los lineamientos definidos en el Plan de Desarrollo, articulando los esfuerzos de la institución en función del cumplimiento de las metas propuestas. El PPI es, así mismo, coherente y establece un balance entre las prioridades de asignación de recursos en cada eje estratégico y su articulación y contribución a la materialización de los ejes esenciales del Plan. (Tabla No. 1).

**EJES ESTRATEGICOS Y OBJETIVOS. PLAN DE INVERSIONES 2016-2019**  
**Cifras pesos de 2016**

Estrategia/objetivo	Fuente	2016	2017	2018	2019	TOTAL
<b>EJE ESTRATEGICO No.1: FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE GESTIÓN (Fortalecimiento del modelo de gestión y sostenibilidad financiera)</b>						
Objetivo No. 1: Afianzar el Modelo de Gestión Financiera	Recursos propios	4.168.062.000,00	4.251.423.240,00	4.336.451.704,80	4.423.180.738,90	17.179.117.683,70
<b>EJE ESTRATEGICO No. 2: ATENCIÓN CON CALIDEZ HUMANA, NUESTRA RAZÓN DE SER (Atención con calidez y satisfacción de nuestros usuarios)</b>						
Objetivo No. 2: Garantizar la oportunidad y accesibilidad en la prestación de los servicios de salud	Recursos propios	85.000.000,00	86.700.000,00	88.434.000,00	90.202.680,00	350.336.680,00
<b>EJE ESTRATEGICO No.3: COMPROMISO GERENCIAL (Competitividad en la prestación de servicios)</b>						
Objetivo No. 5: Fortalecimiento de los servicios de salud	Recursos propios	380.000.000,00	387.600.000,00	395.352.000,00	403.259.040,00	1.566.211.040,00
<b>EJE ESTRATEGICO No.4: POSICIONAMIENTO DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL ( Recurso humano, infraestructura y tecnología, compromiso gerencial)</b>						
OBJETIVO No. 6: Fortalecimiento del Sistema de apoyo logístico hospitalario.	Recursos propios	4.243.937.326,00	4.328.816.072,52	4.415.392.393,97	4.503.700.241,85	17.491.846.034,34
OBJETIVO No. 7: Desarrollo y fortalecimiento de la tecnología y sistemas de información ajustadas a las necesidades específicas de la institución.	Recursos propios	10.000.000,00	10.200.000,00	10.404.000,00	10.612.080,00	41.216.080,00
Objetivo No. 8: Desarrollar y fortalecer el modelo de gestión de Talento Humano	Recursos propios	14.308.000.674,00	14.594.160.687,48	14.886.043.901,23	15.183.764.779,25	58.971.970.041,96
<b>TOTAL</b>		<b>23.195.000.000,00</b>	<b>23.658.900.000,00</b>	<b>24.132.078.000,00</b>	<b>24.614.719.560,00</b>	<b>95.600.697.560,00</b>

**Nota:** El PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES 2016 – 2019 será revisado y ajustado de acuerdo al comportamiento que se tengan en los ingresos – recaudo de cartera.