



**HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE  
“EVARISTO GARCÍA” E.S.E.**

**PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL  
2017 - 2019**

**Juan Carlos Corrales Barona  
Gerente (i)**

**Santiago de Cali, Marzo de 2017**



## 1. RESEÑA HISTORICA

El Hospital Universitario del Valle abrió sus puertas en el año 1956 con autonomía jurídica y administrativa para cumplir los objetivos de atención médica y hospitalaria. Desde el año 1948 el Ministerio de Justicia le asignó, mediante personería jurídica, la función de ser el hospital docente de la Universidad del Valle.

Ubicado en el tradicional barrio San Fernando de la ciudad de Santiago de Cali, el hospital lleva el nombre de Evaristo García, en homenaje a la memoria del eminente científico caleño, nacido en el año 1845, médico egresado de la Universidad Nacional, quien brindó invaluable servicios a la comunidad a través de los diferentes cargos que ocupó dentro de la administración pública.

El avance científico, los cambios tecnológicos y el incremento cuantitativo y cualitativo de la demanda de servicios hicieron del hospital una institución muy dinámica, que determinó la apertura de nuevos servicios y la ampliación de sus instalaciones.

Hacia el año 1960, el hospital contaba con un mediano servicio de urgencias, atención ambulatoria en varias especialidades quirúrgicas con seis salas de operaciones completamente dotadas y un excelente equipo humano que brindaba una adecuada atención a los enfermos. Aun así, fue necesario impulsar y adelantar más planes de ampliación para distintas áreas, como lo fueron el complejo quirúrgico, el área de urgencias, las unidades de cuidados intensivos y la unidad básica de atención.

Actualmente El Hospital Universitario del Valle, es una Empresa Social del Estado de carácter departamental, con patrimonio propio, autonomía administrativa y presupuestal, cuya Junta Directiva está presidida por la señora Gobernadora Dilian Francisca Toro. Tiene un área construida de aproximadamente 56.000 metros cuadrados, presta los servicios de: Urgencias, Radiología, Ambulatorios, Medicina Interna, Quirúrgicas, Unidad de Salud Mental, Sala de Operaciones, Ortopedia, Pensionados, Neurocirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Oncología, Laboratorio y Banco de Sangre, Endoscopia, Medicina Física y Unidades de Terapia Intensiva. Es considerado hoy en día el hospital más grande de Colombia, realizando el mayor número de actividades en la prestación de servicios de salud, atendiendo todas las especialidades y subespecialidades en la medicina. Orienta su portafolio de servicios a la comunidad del Valle del Cauca y el suroccidente colombiano; es una institución que ha luchado por modernizar sus instalaciones y su tecnología, atiende una gran población subsidiada y población vulnerable sin capacidad de pago, su compromiso con la comunidad es la oportunidad, la eficacia y en general con la calidad de la atención.

## **JUNTA DIRECTIVA**

	Doctora <b>DILIAN FRANCISCA TORO TORRES</b> Gobernador del valle del cauca Presidenta Junta Directiva HUV	
Doctor <b>NORMAN MAURICE ARMITAGE CADAVID</b> Alcalde de Santiago de Cali		Doctor <b>ALEXANDER DURAN PEÑAFIEL</b> Secretario Salud de Cali Delegado del Sr. Alcalde de Cali
Doctora <b>MARIA CRISTINA LESMES DUQUE</b> Secretaria de Salud Departamental		Doctor <b>EDGAR VARELA BARRIOS</b> Rector Universidad del Valle
Doctor <b>ELMER ENRIQUE ORTEGA MONTERO</b> Representante Gremios de la Producción		Doctora <b>GLORIA PATRICIA GUTIERREZ MERA</b> Gerente Beneficencia del Valle
Doctor <b>GERARDO CAMPO CABAL</b> Decano Facultad de Salud - Universidad del Valle		Doctor <b>CLAUDIO GREGORIO ARIAS OLAVE</b> Representante Profesionales de la Salud HUV

## **EQUIPO DIRECTIVO**

	Doctor <b>JUAN CARLOS CORRALES BARONA</b> Gerente General (I)	
Doctor <b>HELIO JOSÉ RAMÍREZ MALDONADO</b> Jefe Oficina Asesora de Planeación		Doctora <b>MARIA DEL PILAR CHAVES SÁNCHEZ</b> Jefe Oficina Asesora de Control Interno
Doctor <b>LAUREANO RICARDO QUINTERO</b> Subgerente de Servicios de Salud		Doctora <b>MARIA EUGENIA GUERRERO TORO</b> Subgerente Administrativa
Doctor <b>HOLMER JOSÉ REYES SOTELO</b> Subgerente Financiero		



## PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E. 2017 - 2019

### VISIÓN

En el año 2019, el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. será una entidad sostenible financieramente, acreditada, referente de la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, siendo el mejor escenario para la formación y entrenamiento del talento humano del sector salud.

### MISIÓN

Brindar servicios de salud de mediana y alta complejidad humanos, seguros, innovadores cumpliendo estándares de calidad, centrado en la persona y su familia, con talento humano comprometido, motivado y competente, en un escenario de formación académica e investigación.

### PRINCIPIOS CORPORATIVOS

Los principios Institucionales del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. están definidos como reglas o normas generales que rigen el pensamiento, la conducta y orientan la acción de cada servidor y no son negociables.

- **Liderazgo y responsabilidad social en la prestación de servicios de salud:** Destacarse por la calidad y un óptimo nivel de desempeño en la prestación de los servicios que se ofrecen en la E.S.E. Integrar de modo permanente los procesos y la función pública de la empresa con su entorno social; participando en actividades y eventos comunitarios que promuevan el desarrollo sostenible de la sociedad.
- **Trabajo en equipo y comunicación asertiva:** Emplear el trabajo como una poderosa fuerza transformadora, para así alcanzar los objetivos de la empresa y hacer que ella logre los más altos niveles de productividad y desarrollo. El éxito del Hospital Universitario “Evaristo García” E.S.E. depende, en gran medida, de la compenetración, comunicación y compromiso que puedan existir entre sus empleados para que las actividades fluyan de manera más rápida y eficiente.

- **Espíritu investigativo e innovación:** Para el aprendizaje y crecimiento organizacional, el Hospital establece la investigación e innovación como principio para la construcción y transformación de conocimiento que generará valor agregado a la función pública de la Entidad de manera constante y consistente en el tiempo. El espíritu investigativo e innovación son un hecho causal, que debe formar parte de la cultura de la organización e impregnarse en todas sus áreas para dar un servicio útil a la sociedad y que sea percibido por ella.
- **Compromiso, seguridad y trato digno al usuario y su familia:** Alto grado de identificación de los servidores con la organización y sus metas, en un ambiente con enfoque de seguridad y trato digno que se puede evidenciar a través de cuatro conceptos importantes, lo emocional que se relaciona fundamentalmente con el ser tratado como persona (trato humano), la información durante la atención de salud, el derecho a contar con un personal comprometido/responsable y una atención oportuna.
- **Mejoramiento continuo:** Como principio significa acciones diarias que permitirán que los procesos y la empresa sean más competitivos en la satisfacción del cliente, este principio debe formar parte de la cultura de la organización, y convertirse en una filosofía de vida y trabajo. Este incidirá directamente en la velocidad del cambio.
- **Autocontrol:** Actitud que debe demostrar todo servidor del Hospital para asumir el control de sus funciones, en el logro de los objetivos y metas Institucionales. El autocontrol es la distinción o característica especial que debemos agregar como valor personal a nuestro trabajo diario; somos lo que hacemos cada día, por consiguiente, debe convertirse en un hábito, lo cual implica realizar las cosas de manera correcta.
- **Sostenibilidad y desarrollo institucional:** Principios en permanente construcción y que resultan de la relación activa del Hospital con el entorno, como de varias facetas de la vida institucional, entre ellas: una oferta de servicios de salud adecuada, la gestión de recursos acordes con la oferta, y la transparencia; que generan confianza y el impacto de las acciones de desarrollo, concebidas como parte de procesos que trascienden a la propia organización.
- **Cultura de calidad:** Perfeccionar nuestros procesos y servicios, a través de una mejora continua, para lograr eficacia, eficiencia y productividad buscando alcanzar la excelencia, en beneficio y satisfacción de nuestro personal y clientes.

- **Mística, vocación y formación.** El servidor comprometido multidimensionalmente, desempeñando un rol protagónico, que lo perfecciona moral, profesional, social y económicamente. Desarrollando sus propias potencialidades, comprometido a la vez con nuestra esencia, el prójimo, el mundo y la trascendencia. Dentro del eje de entidad formadora

## VALORES

Los valores Institucionales del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. son los impulsores principales que cada servidor posee a la hora de actuar. Son los que otorgan cohesión, sentido de pertenencia y establecen compromisos éticos entre sus miembros, así como de la organización con sus clientes y partes interesadas.

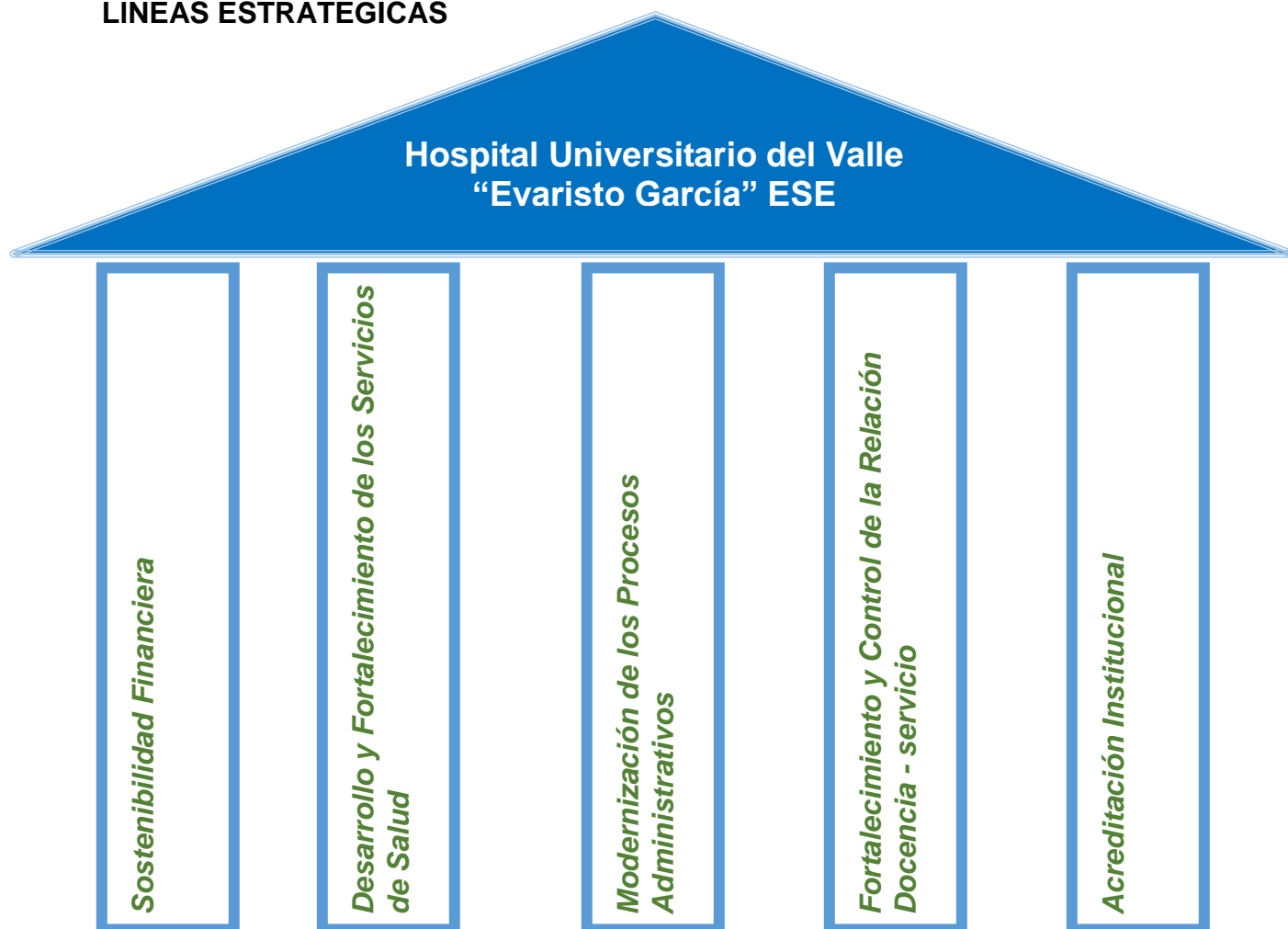
- **Honestidad:** Obrar con transparencia y clara orientación moral cumpliendo con las responsabilidades asignadas en el uso de la información, de los recursos materiales y financieros. Mostrar una conducta ejemplar dentro y fuera de la empresa.
- **Humanización:** Dar respuesta a las necesidades de las personas (usuarios y funcionarios) y brindar una atención más humanizada, reconociendo sus aspiraciones y su condición como persona. Esta humanización se logrará solo si como seres humanos somos capaces de situarnos en el lugar del otro. De cara al usuario de los servicios de salud, solo así contribuiremos a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Responsabilidad:** Es la capacidad de asumir las consecuencias de lo que se hace o se deja de hacer en la empresa y su entorno. Tomar acción cuando sea menester y obrar de manera que se contribuya al logro de los objetivos de la empresa.
- **Integridad en el Actuar:** capacidad de actuar en consonancia con lo que se piensa y se expresa, de manera desinteresada y recta. Actuar conforme a las normas éticas y sociales establecidas.
- **Disciplina:** Conjunto de reglas de comportamiento para mantener el orden y la subordinación entre los miembros de un cuerpo o una colectividad en una profesión o en una determinada colectividad.
- **Justicia:** Se inclina a obrar y juzgar respetando la verdad y dando a cada uno lo que le corresponde

- **Resiliencia:** Es la capacidad de afrontar la adversidad saliendo fortalecido y alcanzando un estado de excelencia profesional y personal

### **OBJETIVO GENERAL**

Recuperar la sostenibilidad financiera y generar las condiciones básicas para la prestación de los servicios de salud, investigación y formación permanente del talento humano, que permitan lograr la Visión 2019 del Hospital.

### **LÍNEAS ESTRATEGICAS**



### ***LÍNEA 1 Sostenibilidad Financiera***

**Objetivo Estratégico:** Desarrollar y modernizar los procesos financieros, para el cumplimiento y control de la productividad, optimización de la facturación, racionalizando los gastos y mejorando la rentabilidad a partir de los servicios prestados.

### ***LINEA 2 Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios de Salud***

**Objetivo Estratégico:** Prestar servicios de salud con énfasis en la alta complejidad, cumpliendo estándares de calidad, centrado en la persona y su familia, basados en la innovación e investigación.

### ***LINEA 3 Modernización de los procesos administrativos***

**Objetivo Estratégico:** Lograr una Entidad moderna y eficiente, adoptando el mejoramiento continuo de los procesos, para la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad.

### ***LINEA 4 Fortalecimiento y control de la relación docencia - servicio***

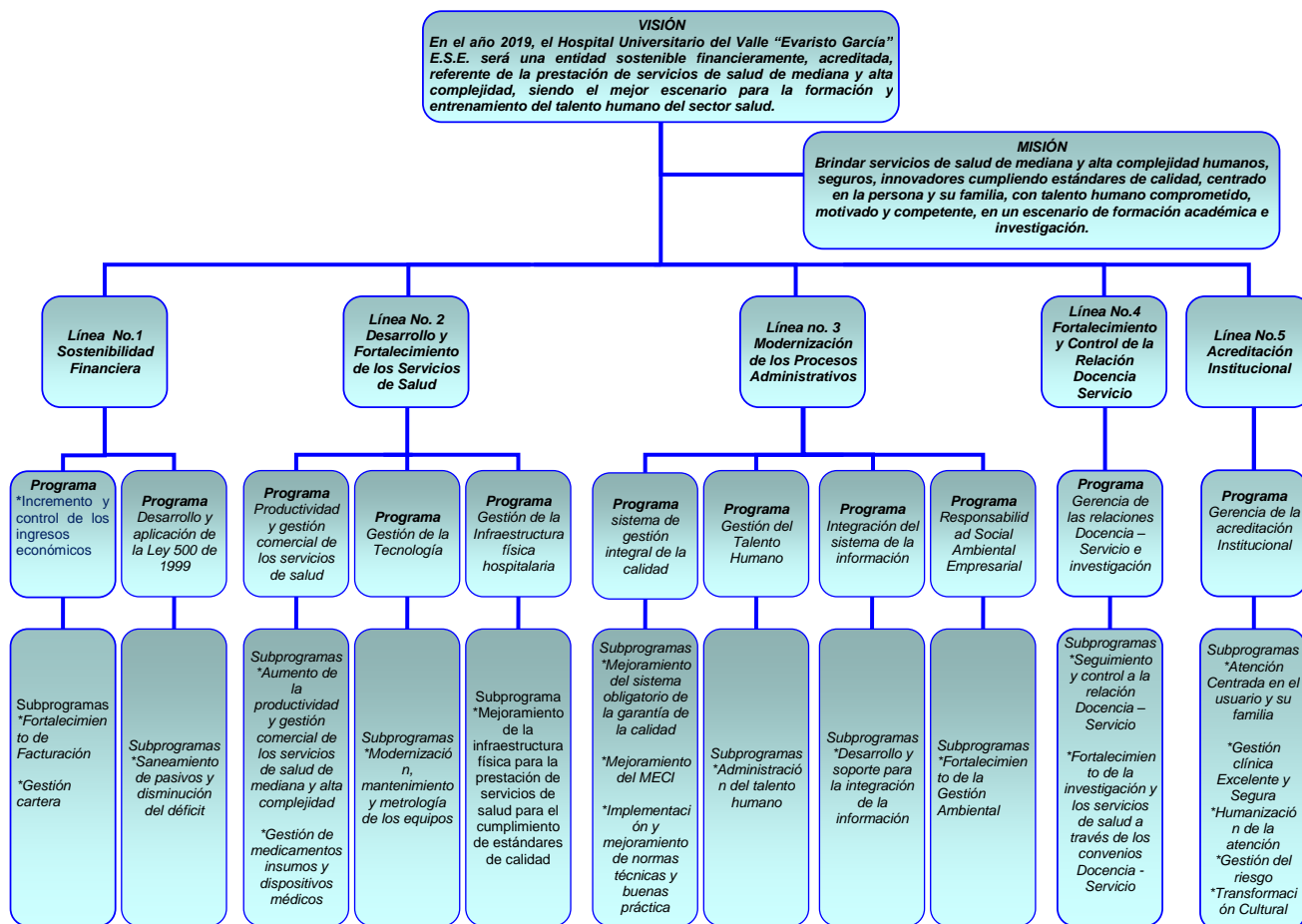
**Objetivo Estratégico:** Fortalecer la relación y control de los convenios Docencia-Servicio con las diferentes Instituciones de Educación para el desarrollo de los procesos de formación universitaria, la investigación y el desarrollo de nuevos servicios, como esfuerzos necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.

### ***LINEA 5 Acreditación Institucional***

**Objetivo Estratégico:** Alcanzar la acreditación institucional en la atención de la salud, centrada en el usuario y la familia.



## ESTRUCTURA METODOLÓGICA



## LINEA 1

### SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

**Objetivo Estratégico:** Desarrollar y modernizar los procesos financieros, para el cumplimiento y control de la productividad, optimización de la facturación, racionalizando los gastos y mejorando la rentabilidad a partir de los servicios prestados.

#### 1.1 PROGRAMA: Incremento y control de los ingresos económicos.

##### Metas de Resultado

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Metas/Área			
			2017	2018	2019	Área
Incrementar la facturación bruta promedio mes	Millones	12.926	14.764	15.550	16.377	Subgerencia Financiera
Alcanzar y sostener el recaudo cartera corriente	%	40%	45%	45%	45%	Subgerencia Financiera

#### 1.1.1 Subprograma: Fortalecimiento del proceso de facturación.

##### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Meta/Área			
			2017	2018	2019	Área
Alcanzar y sostener el nivel de la glosa.	% de glosa	10%	<5%	<5%	<5%	Subgerencia Financiera
Parametrizar los códigos CUPS conforme a la normatividad vigente para la facturación de servicios	% de CUPS parametrizados	60%	100%	100%	100%	Subgerencia Financiera

### 1.1.2 Subprograma: Gestión de cartera.

#### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Meta/Área			
			2017	2018	2019	Área
Alcanzar y sostener el nivel de radicación	% de radicación	70%	90%	98%	98%	Subgerencia Financiera
Depurar la cartera	% de depuración	Establecer Línea Base Dx Inicial	80%	90%	100%	Subgerencia Financiera
Alcanzar y sostener el recaudo de la cartera total vigencia anterior	% de recaudo anterior	80%	85%	85%	85%	Subgerencia Financiera
	% de recaudo corriente	26%	45%	45%	45%	Subgerencia Financiera

### 1.2. PROGRAMA: Desarrollo y aplicación de la Ley 550 de 1999

#### Meta de Resultado

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Meta/Área			
			2017	2018	2019	Área
Firmar e Implementar el acuerdo de reestructuración de pasivos	Numero	0	1	0	0	Gerencia General-Subgerencia Financiera
Realizar seguimiento al cumplimiento de acuerdo de reestructuración de pasivos	Numero	0	1 MES	1 MES	1 MES	Gerencia General-Subgerencia Financiera

## 1.2.1 Subprograma: Saneamiento de pasivos y disminución del déficit.

### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Meta/Área			
			2017	2018	2019	Área
Cumplir el acuerdo de reestructuración de pasivos (valor relativo acumulado)	% de cumplimiento	0	100%	100%	100%	Gerencia General-Subgerencia Financiera
Disminución de costos y gastos	% de cumplimiento	7%	8%	9%	10%	Gerencia General – Subgerencia Financiera
Alcanzar superávit de ingresos	% de superávit	-30%	20%	20%	20%	Gerencia General - Subgerencia Financiera

## LINEA 2

### DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

**Objetivo Estratégico:** Prestar servicios de salud con énfasis en la alta complejidad, cumpliendo estándares de calidad, centrado en la persona y su familia, basados en la innovación e investigación.

#### 2.1 PROGRAMA: Productividad y gestión comercial de los Servicios de Salud

##### Meta de Resultado

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Metas/Área			
			2017	2018	2019	Área
Incrementar la productividad en los servicios de mediana y alta complejidad	Facturación de servicios de servicios mes Millones de pesos.	12.851	\$ 15.384	\$ 16.033	\$ 16.594	Subgerencia Serv. Salud
Aumentar, gestionar y fortalecer los 11 Servicios de alta complejidad (Aporte estudio técnico Reestructuración)	Numero	1 Servicio Fortalecido: Radioterapia	4	4	3	Subgerencia Serv. Salud

## 2.1.1 Subprograma: Aumento de la productividad y gestión comercial de los servicios de salud de la mediana y alta complejidad.

### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016 (494 CAMAS)	Metas/Área			
			2017	2018	2019	Área
Realizar cirugías de alta complejidad mes	Numero	160	240	260	280	Subgerencia Serv. Salud
Alcanzar la facturación mensual en apoyo diagnóstico y terapéutico	Millones de pesos	\$2.300	\$3.000	\$ 3.127	\$ 3.236	Subgerencia Serv. Salud
Alcanzar la facturación mensual en UCI Adulto	Millones de pesos	\$1.000	\$1.200	\$ 1.251	\$ 1.294	Subgerencia Serv. Salud
Alcanzar la facturación mensual en Banco de sangre	Millones de pesos	\$446	\$ 484	\$ 504	\$ 522	Subgerencia Serv. Salud
Alcanzar la facturación mensual por procedimientos Electivos y Urgencias,	Millones de pesos	\$2.000	\$2.200	\$ 2.293	\$ 2.373	Subgerencia Serv. Salud
Alcanzar la facturación mensual en Gestión Integral Clínica	Millones de pesos	\$5.200	\$5.000	\$ 5.211	\$ 5.400	Subgerencia Serv. Salud
Alcanzar la facturación mensual en Hematología	Millones de pesos	\$300	\$ 433	\$ 451	\$ 467	Subgerencia Serv. Salud
Alcanzar la facturación mensual servicios ambulatorios	Millones de pesos	\$1.078	\$1.644	\$ 1.713	\$ 1.773	Subgerencia Serv. Salud
Alcanzar la facturación mensual servicio de urgencias	Millones de pesos	\$1.800	\$2.100	\$ 2.189	\$ 2.265	Subgerencia Serv. Salud

## 2.1.2 Subprograma: Gestión de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.

### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Metas/Área			
			2017	2018	2019	Área
Oportunidad en el desarrollo del Plan anual de compras	% de cumplimiento	Establecer LB	90%	90%	100%	Oficina Coordinadora GTYL

## 2.2 PROGRAMA: Gestión de la Tecnología

### Meta de Resultado

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Metas/Área			
			2017	2018	2019	Área
Fortalecimiento de la Dotación tecnológica biomédica e industrial Hospitalaria.	% de cumplimiento	60%	65%	80%	90%	Planeación y Oficina Coordinadora GTYL

### 2.2.1 Subprograma: Modernización, mantenimiento y metrología de los equipos.

#### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Metas/Área			
			2017	2018	2019	Área
Realizar 12 proyectos para Mejorar la dotación tecnológica biomédica e industrial	Numero	4	4	4	4	Planeación y Oficina Coordinadora GTYL
Mantenimiento preventivo de la Dotación tecnológica	% de cumplimiento	60%	100%	100%	100%	Planeación y Oficina Coordinadora GTYL
Realizar el Mantenimiento preventivo de los equipos industriales	% de cumplimiento	60	100%	100%	100%	Planeación y Oficina Coordinadora GTYL
Cumplir el programa de calibración, metrología y ajuste de equipos biomédicos	% de cumplimiento	90	100%	100%	100%	Planeación y Oficina Coordinadora GTYL

## 2.3 PROGRAMA: Gestión de la infraestructura física hospitalaria

### Meta de Resultado

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Metas/Área			
			2017	2018	2019	Área
Mejorar el 100% de la Infraestructura Física Hospitalaria en Cuatro Áreas asistenciales	Porcentaje	30	60%	70%	100%	Planeación y Oficina Coordinadora GTYL
Diseñar e Implementar la Política de Gestión la Infraestructura	Porcentaje	0	1	0	0	Planeación y Oficina Coordinadora GTYL

2.3.1 Subprograma: Mejoramiento de la infraestructura física para la prestación de servicios de salud para el cumplimiento de los estándares de calidad.

### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Metas/Área			
			2017	2018	2019	
Realizar 6 proyectos para Mejorar la capacidad Física instalada (En cumplimiento de los estándares de habilitación)	Numero	2	2	2	2	Planeación y Oficina Coordinadora GTYL
Formular y radicar (1) proyecto de Reforzamiento Estructural y Habilitación Hospitalaria	Numero	0	1	0	0	Planeación y Oficina Coordinadora GTYL
Realizar el Plan de Mantenimiento de la Infraestructura física programado (En cumplimiento de los estándares de habilitación)	Porcentaje	36%	90%	90%	90%	Planeación y Oficina Coordinadora GTYL
Diseñar e implementar la Política de Gestión la Infraestructura	Porcentaje	0	1	0	0	Planeación y Oficina Coordinadora GTYL



### **LINEA 3**

#### **MODERNIZACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y CLÍNICOS**

**Objetivo Estratégico:** Lograr una Entidad moderna y eficiente, adoptando el mejoramiento continuo de los procesos, para la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad.

#### **3.1 PROGRAMA: Sistema de Gestión Integral de Calidad**

##### **Meta de Resultado**

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Metas/Área			
			2017	2018	2019	
Mejorar los procesos organizacionales a través de la Consolidación del sistema de gestión integral de calidad.	Porcentaje	Levantar LB	<b>60%</b>	<b>75%</b>	<b>100%</b>	Gestión de Calidad

### 3.1.1 Subprograma: Mejoramiento del Sistema obligatorio de garantía de la calidad (Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad, Sistema único de Acreditación, Sistema de Información para la Calidad).

#### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Metas/Área			
			2017	2018	2019	
Cumplir las condiciones del Sistema Único de Habilitación en los servicios ofertados. Cierre de brechas (Talento Humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos, Procesos Prioritario, Historia Clínica y Registro, Interdependencia)	Porcentaje	Línea base Resultado de la autoevaluación 2016	>=80%	100%	100%	Gestión de Calidad
Mejoramiento de los indicadores de información para la calidad	Porcentaje	# de indicadores de información para la calidad establecidos	>=80%	>=85%	>=100%	Gestión de Calidad
Desarrollar el PAMEC -	Porcentaje	87.5	>=85%	>=85%	>=100%	Gestión de Calidad
Medir la adherencia a las Metas de seguridad del paciente al 100% de los procesos misionales	Porcentaje	100%	100%	100%	100%	Gestión de Calidad

### 3.1.2 Subprograma: Mejoramiento del Modelo Estándar de Control Interno

#### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Área			
			2017	2018	2019	
Fortalecimiento del Sistema de Control Interno – Cumplimiento de Acciones de mejoramiento	Porcentaje	Informe de autoevaluación de control interno MECI 2016 – 69.2%	>=80%	>=90%	>=100%	Gestión de Calidad

### 3.1.3 Subprograma: Implementación y mejoramiento de las Normas Técnicas y Buenas Prácticas.

#### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Metas/Área			
			2017	2018	2019	
Cumplimiento de estándares de la norma iso 31000 (gestión de riesgos). en todos los procesos de la organización.	Porcentaje	18 Procesos Institucionales, ACUERDO No 23 noviembre 01 de 2016	80%	85%	100%	GESTIÓN DE CALIDAD
Consolidación de la estrategia de Gobierno en Línea	Porcentaje	Establecer línea base del diagnóstico inicial	80%	85%	100%	Gestión de Calidad

### 3.2 PROGRAMA: Gestión del Talento Humano

#### Meta de Resultado

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Metas/Área			
			2017	2018	2019	
Implementación de resultados de Clima Organizacional	Número	Estudio de clima organizacional	50%	30%	20%	Oficina Coordinadora del TH
Cumplimiento de la capacitación institucional	Número	1.149	1.200	1300	1400	Oficina Coordinadora del TH
Cumplimiento actividades del bienestar social	Porcentaje	0	30%	50%	20%	Oficina Coordinadora del TH
Cumplimiento de seguridad y salud en el trabajo	Porcentaje	54%	65%	15%	20%	Oficina Coordinadora del TH

### 3.2.1 Subprograma: Administración del talento humano

#### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Metas/Área			
			2017	2018	2019	
Desarrollo institucional del Acuerdo 020 de 2016	Porcentaje	Implementación del Acuerdo	30%	50%	20%	Oficina Coordinadora del TH
Construcción y desarrollo del acorde a las necesidades de personal, referidas en el modelo de prestación de servicio, con énfasis en la productividad, ley 550 y estándares de habilitación).	Porcentaje	Establecer LB	70%	80%	80%	Gerencia General y Subgerentes
Desarrollo y socialización de la aplicación del decreto 565 del 2016	Número	Establecer LB	30%	50%	20%	Oficina Coordinadora del TH

### 3.3 PROGRAMA: Integración del sistema de información

#### Meta de Resultado

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Metas/Área			
			2017	2018	2019	
Integración del sistema de información	%	30%	65%	75%	90%	Oficina Coordinadora GI

### 3.3.1 Subprograma: Desarrollo y soporte para la integración de la información.

#### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Metas/Área			
			2017	2018	2019	
Parametrizar Servinte Clinical Suite para que sus módulos operen de forma integrada	%	30%	100%	100%	100%	Oficina Coordinadora GI
Fortalecer la infraestructura de red de datos	%	70%	75%	85%	90%	Oficina Coordinadora GI
Fortalecer la infraestructura de servidores	%	60%	80%	90%	100%	Oficina Coordinadora GI
Fortalecer las aplicaciones de apoyo	%	70%	80%	90%	100%	Oficina Coordinadora GI
Garantizar la plataforma tecnológica de usuario	%	70%	80%	90%	100%	Oficina Coordinadora GI

### 3.4 PROGRAMA: Responsabilidad social ambiental empresarial

#### Meta de Resultado

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Metas/Área			
			2017	2018	2019	
Carga contaminante de aceites y grasas, DQO y SST vertida al alcantarillado	mg/L	404,6 (DQO= 309,2 , Grasas=16 , SST=79,4)	390 (DQO= 300, Grasas=15 , SST=75)	384 (DQO= 298, Grasas=13 , SST=73)	378 (DQO= 296, Grasas=11 , SST=71)	Gestión Técnica y Logística
Reducción de toneladas de residuos peligrosos generados	Ton	252	249	189	150	Gestión Técnica y Logística
Aumento de Kg de material reciclable vendido	Kg	30	33	39	45	Gestión Técnica y Logística
Reducción de pagos por consumo de agua y energía	Millones \$	\$6.000	\$5.874	\$5.170	\$4.466	Gestión Técnica y Logística

### 3.4.1 Subprograma: Fortalecimiento de la Gestión ambiental

#### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Metas/Área			
			2017	2018	2019	
Implementar un programa de reducción de residuos para lograr disminuir la generación en un 40%	Porcentaje	252 Ton./año	10%	25%	40%	Gestión Técnica y Logística
Implementar un programa de conservación y eficiencia energética que reduzca el consumo de energía en un 30%.	Porcentaje	8.961 KW	10%	20%	30%	Gestión Técnica y Logística
Implementar estrategias de ahorro y consumo responsable del agua y lograr un ahorro del 50%.	Porcentaje	174.746 M3	20%	35%	50%	Gestión Técnica y Logística
Formular e implementar el Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA	Porcentaje	0	50% (Formulación y socialización)	50% (Implementación)		Gestión Técnica y Logística
Formular e implementación del plan de Hospital Verde y Saludable para el HUV	Porcentaje	0	25% (Formulación)	75% (Socialización e implementación)		Gestión Técnica y Logística
Implementación del PGIRASA	Porcentaje	Documento formulado PGIRASA	40%	30%	30%	Gestión Técnica y Logística

## LINEA 4

### **FORTALECIMIENTO Y CONTROL DE LA RELACIÓN DOCENCIA - SERVICIO**

**Objetivo Estratégico:** Fortalecer la relación y control de los convenios Docencia-Servicio con las diferentes Instituciones de Educación para el desarrollo de los procesos de formación de educación superior, la investigación y el desarrollo de nuevos servicios, como esfuerzos necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.

#### **4.1 PROGRAMA: Gerencia de las relaciones Docencia - Servicio e investigación**

##### **Meta de Resultado**

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2015	Metas/Área			
			2017	2018	2019	
Cumplimiento del Plan Relación Docencia Servicio	%	Levantar LB	80	90	100	Proceso Docencia Asistencial y Extensión

##### **4.1.1 Subprograma: Seguimiento y control a la relación docencia servicio.**

##### **Meta de Producto**

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Meta			Área
			2017	2018	2019	
Cumplimiento de los CODA (Comité Docencia Asistencial) programados por cada I.E.S. (Institución de Educación Superior)	%	90%	95%	98%	100%	Proceso Docencia Asistencial y Extensión
Seguimiento a los planes de practica hospitalaria por cada programa académico de cada una de las I.E.S.	%	80%	90%	95%	100%	Proceso Docencia Asistencial y Extensión



#### 4.1.2 Subprograma: Fortalecimiento de la investigación y los servicios de salud a través de los convenios docencia servicio.

##### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Meta			Área
			2017	2018	2019	
Crear grupos de investigación reconocidos y escalafonados	Numero	0	1	2	2	Proceso Docencia Asistencial y Extensión
Numero de publicaciones en revistas científicas	Numero	0	3	4	5	Proceso Docencia Asistencial y Extensión

## LINEA 5

### ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL

**Objetivo Estratégico:** Alcanzar la acreditación institucional en la atención de la salud, centrada en el usuario y la familia.

#### 5.1 PROGRAMA: Gerencia de la Acreditación Institucional

##### Meta de Resultado

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Meta			Área
			2017	2018	2019	
Obtener la certificación como institución acreditada en salud	Numero	0			1	Gerencia- Oficina Planeación- Subgerentes
Incrementar cada año de la vigencia, la calificación cuantitativa frente al manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalaria.	Numero	2,45	3,19	3,3	3,5	

#### 5.1.1 Subprograma: Atención Centrada en el usuario y su familia

##### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Meta			Área
			2017	2018	2019	
Alcanzar el 95% de satisfacción del usuario y su familia	Porcentaje	86%	90%	94%	95%	Oficina coordinadora de atención al usuario

#### 5.1.2 Subprograma: Gestión Clínica Excelente y Segura

##### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Meta			Área
			2017	2018	2019	
Alcanzar el 100% la gestión de eventos adversos al 2019	Porcentaje	100%	100%	100%	100%	Seguridad del Paciente
Incrementar a 80% la adherencia a las buenas practicas para la seguridad del paciente	Porcentaje	77.3% Prom 10 met eval.	78%	79%	80%	Subgerencia de servicios de salud

### 5.1.3 Humanización de la atención con enfoque al usuario, familia y trabajador

#### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Meta			Área
			2017	2018	2019	
Incrementar a 3,8 la percepción de clima organizacional a 2019	Numero – cada dos años	3,57	3,7		3,8	Oficina coordinadora t h
Alcanzar el 90 % de percepción del paciente en la información de los deberes y derechos a 2019	porcentaje	Informe 2016	70%	80%	90%	Oficina coordinadora de atención al usuario

### 5.1.4 Subprograma: Gestión del Riesgo

#### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Meta			Área
			2017	2018	2019	
Incrementar a 4,8 la evaluación del componente de administración del riesgo del sistema de control interno	valor	4,46	4,6	4,7	4,8	Oficina Asesora de Planeación

### 5.1.5 Subprograma: Transformación cultural

#### Meta de Producto

Nombre	Unidad de Medida	Línea base 2016	Meta			Área
			2017	2018	2019	
Alcanzar el 80% de percepción de cultura de seguridad del paciente al 2019	Porcentaje	48.9 Prom.	50%	60%	80%	Subgerencia de servicios de salud

## PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES ESTAMPILLA

Distribución de acuerdo ordenanza 423 de julio de 2016		2017	2018	2019
PARTICIPACION	DESTINACION	VALOR	VALOR	VALOR
20% del total recaudado	PASIVO PENSIONAL. 20%	6.770.741.640	6.911.573.066	7.061.554.202
El saldo se destinará principalmente para :				
3%	INVERSION Y MANTENIMIENTO DE LA PLANTA FISICA.	812.488.997	829.388.768	847.386.504
7%	DOTACION, COMPRA Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS REQUERIDOS Y NECESARIOS PARA DESARROLLAR Y CUMPLIR ADECUADAMENTE CON LAS FUNCIONES PROPIAS DE LA INSTITUCION.	1.895.807.659	1.935.240.459	1.977.235.176
8%	DOTACION, COMPRA Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS.	2.166.637.325	2.211.703.381	2.259.697.345
58%	INVERSION EN PERSONAL ESPECIALIZADO.	15.708.120.605	16.034.849.513	16.382.805.748
24%	COMPRA DE INSUMOS HOSPITALARIOS.	6.499.911.974	6.635.110.143	6.779.092.034
<b>TOTAL RECURSOS ESTAMPILLA VIGENCIA 2016</b>		<b>33.853.708.200</b>	<b>34.557.865.331</b>	<b>35.307.771.008</b>