

**ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA LA CREACION DE UNA INSTITUCION
PRESTADORA DE SALUD QUE TERCERICE SERVICIOS EN EL ORIENTE DE LA
CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI**

**IVAN FERNANDO ZARAMA PEPINOSA
LANNY LIZETH LAGOS AGUIRRE**

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA ADMINISTRACION DE NEGOCIOS
SANTIAGO DE CALI
2014**

**ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA LA CREACION DE UNA INSTITUCION
PRESTADORA DE SALUD QUE TERCERICE SERVICIOS EN EL ORIENTE DE LA
CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI**

**IVAN FERNANDO ZARAMA PEPINOSA
LANNY LIZETH LAGOS AGUIRRE**

Trabajo de investigación para optar al título de Administrador de Negocios

Tutor

GUSTAVO AGUDELO

Master Administración con Énfasis en Administración Estratégica

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA ADMINISTRACION DE NEGOCIOS
SANTIAGO DE CALI**

2014

NOTA DE ACEPTACIÓN

Trabajo de investigación para cumplir con los requisitos de grado exigidos por la Universidad San Buenaventura para optar por el título profesional de Administrador de Negocios.

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Santiago de Cali, Junio de 2014

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PRODUCTO	13
1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.3 SISTEMATIZACION DEL PROBLEMA	14
2. OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GENERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3. METODOLOGÍA	16
3.1 ESTUDIO DESCRIPTIVO.....	16
3.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	16
3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	17
3.3.1 Fuentes primarias	17
3.3.2 Fuentes secundarias	17
4. JUSTIFICACIÓN	19
5. MARCO DE REFERENCIA	21
5.1 MARCO CONCEPTUAL	21
5.2 MARCO TEORICO	24
5.2.1 Estudio de Factibilidad.....	24
5.2.2 Estudio de Mercado	27
5.2.3 Administración Estratégica.....	30
5.2.4 Modelo de las Cinco Fuerzas Competitivas de Porter	32
5.2.5 Estudio Financiero	34
5.3 MARCO LEGAL	36
5.3.1 Unidad de análisis – Reseña / Antecedentes	39
5.3.1.1 Descripción	39
5.3.1.2 Reseña Histórica	41

5.3.1.3	EPS – <i>Reseña / Antecedentes</i>	67
6.	DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	103
6.1	ANÁLISIS DEL ENTORNO	103
6.1.1	Entorno Social – Político	103
6.1.2	Entorno Económico	105
6.1.3	Entorno Cultural.....	105
6.2	ANÁLISIS DEL CLIENTE DIRECTO	106
6.3	ANÁLISIS DEL SECTOR	106
6.4	ESTRUCTURA ACTUAL DE LA UNIDAD DE ANALISIS.....	107
6.5	ANÁLISIS DE LA COMPETENCIA	107
6.5.1	Matriz DOFA de los Competidores y la Unidad de Análisis.....	111
6.6	ANÁLISIS DEL ATRACTIVO DEL SEGMENTO	116
7.	ESTRATEGIA DE MERCADEO	117
7.1	ESTRATEGIA DE PRODUCTO O SERVICIO	117
7.2	ESTUDIO DE MERCADO	118
7.2.1	Investigación de mercados.....	118
7.2.2	Tipo de mercados	120
7.3	ANÁLISIS DE CONSUMIDOR.....	120
7.3.1	Tamaño del mercado y consumo aparente	120
7.4	INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	121
7.4.1	Planteamiento del Problema	121
7.4.2	Formulación del Problema	123
7.4.3	Sistematización del Problema	123
7.4.4	Objetivos	123
7.4.5	Desarrollo Investigación Cualitativa	124
7.5	INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA	126
7.5.1	Planteamiento del Problema	126
7.5.2	Formulación del Problema	127
7.5.3	Sistematización del Problema	127
7.5.4	Objetivos	128
7.5.5	Desarrollo Investigación Cuantitativa	128
7.6	POBLACIÓN	128
7.6.1	Calculo de la Muestra.....	129

7.6.2	Diseño de la Encuesta	130
7.6.3	Resultados de la Encuesta	132
8.	ESTUDIO TECNICO/OPERATIVO.....	139
8.1	CAPACIDAD ÓPTIMA	139
8.2	LOCALIZACIÓN.....	141
8.3	INVERSIONES MAQUINARIA Y EQUIPO	143
8.4	TECNOLOGÍA	145
8.5	MANO DE OBRA.....	145
8.6	OTROS COSTOS	147
8.8	DISTRIBUCIÓN Y PRECIO	147
8.9	MERCADEO Y ESTRATEGIAS.....	149
8.10	FLUJOGRAMA DEL PROCESO	149
9.	ESTUDIO FACTIBILIDAD ADMINISTRATIVA	152
10.	ESTUDIO DE FACTIBILIDAD AMBIENTAL	159
10.1	POLÍTICA AMBIENTAL	160
10.2	ASPECTOS AMBIENTALES	161
10.3	REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS AMBIENTALES.....	161
10.4	OBJETIVOS, METAS Y PROGRAMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL.	164
10.5	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	165
10.6	REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN.....	166
11.	ANÁLISIS FINANCIERO.....	167
11.1	ESTADOS FINANCIEROS	167
11.2	ANÁLISIS FINANCIERO	173
12.	CONCLUSIONES.....	175
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	177
	ANEXOS.....	179

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Matriz DOFA	56
Tabla 2. Sectorización del Municipio de Santiago de Cali	58
Tabla 3. Proyecciones de población según total, cabecera y resto en Cali: 2009 – 2015	63
Tabla 4. Proyecciones de población por grupos de edad y sexo en Cali: 2010 – 2012.....	64
Tabla 5. Distribución de lados de manzana por estrato. Municipio de Santiago de Cali. 2010.....	65
Tabla 6. Distribución de lados de manzana por estrato por comuna. Municipio de Santiago de Cali. 2010	65
Tabla 7. Promedio (enero - diciembre 2005-2011).....	66
Tabla 8. Instituciones Prestadoras de Salud	70
Tabla 9. Instituciones Prestadoras de Salud Nivel 1.....	73
Tabla 10. Servicios Comfandi	74
Tabla 11. Tipo de prestación de servicios Sura.....	76
Tabla 12. Ubicación IPS Sura	78
Tabla 13. Ubicación IPS	85
Tabla 14. Comunas del Oriente de Cali	103
Tabla 15. Participación Régimen Contributivo Municipio de Cali (2011-2013).....	104
Tabla 16. Total usuarios EPS 2011-2013).....	104
Tabla 17. EPS con Régimen Subsidiado 2011-2013).....	105
Tabla 18. Número de afiliados a las EPS del oriente de Cali: Comunas 13, 14 y 15 durante el periodo enero-julio de 2013.....	107
Tabla 19. Puestos de Salud por comuna	109
Tabla 20. Matriz DOFA unidad de análisis.....	112
Tabla 21. Matriz DOFA Competencia Directa	114
Tabla 22. Afiliados a las EPS durante el periodo Enero-Julio de 2013	121

Tabla 23. Calculo de la muestra de posibles clientes de Oriente de Cali.....	129
Tabla 24. Proyección número de habitantes Oriente de Cali	129
Tabla 25. Número de habitantes Oriente de Cali proyectado por barrio.....	130
Tabla 26. Capacidad optima de la IPS.....	139
Tabla 27. Costos por servicio según capacidad optima de atención.....	140
Tabla 28. Costos según utilización de la capacidad optima de la utilización de servicios..	140
Tabla 29. Costos de lote y construcción de la IPS	142
Tabla 30. Costos constitución de la IPS	143
Tabla 31. Inversiones maquinaria y equipo	144
Tabla 32. Inversión en tecnología	145
Tabla 33. Inversión en Mano de Obra Directa.....	146
Tabla 34. Inversión en Mano de Obra Indirecta	146
Tabla 35. Inversión Mano de Obra Subcontratada.....	146
Tabla 36. Otros costos de inversión.....	147
Tabla 37. Precios Escenario Óptimo	148
Tabla 38. Precios Escenario Moderado	148
Tabla 39. Matriz Balance Scord Card IPS	153
Tabla 40. Medición crecimiento de los colaboradores en los cargos según nivel de cretividad	158
Tabla 41. Identificación de Aspectos e Impactos Ambientales.	161
Tabla 42. Requisitos Legales.....	162
Tabla 43. Estado de Resultados Proyectado.....	168
Tabla 44. Estado de Resultados Proyectado.....	169
Tabla 45. Flujo de Caja Proyectado.....	170
Tabla 46. Flujo de Caja Proyectado Moderado	170
Tabla 47. Balance General Proyectado.....	171
Tabla 48. Balance General – Escenario Óptimo	172
Tabla 49. Costo Promedio Ponderado	173
Tabla 50. Evaluación del Proyecto	173
Tabla 51. Valor Futuro de los Flujos	173

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Grafica 1. Análisis participación segunda pregunta afiliación EPS.....	133
Grafica 2. Análisis participación cuarta pregunta Genero	133
Grafica 3. Análisis participación sexta pregunta Ubicación IPS.....	134
Grafica 4. Análisis participación Novena pregunta servicio de transporte.....	134
Grafica 5. Análisis participación decima pregunta desplazamiento	135
Grafica 6. Análisis participación decimosegunda pregunta Agilidad en la atención	135
Grafica 7. Análisis participación décimo tercera pregunta servicios.....	136
Grafica 8. Análisis participación décimo quinta pregunta Calificación.....	137
Grafica 9. Análisis participación décimo sexta pregunta Está de acuerdo con una nueva IPS	137
Grafica 10. Análisis participación décimo séptima pregunta Ubicación Nueva IPS	138
Grafica 11. Flujograma de negociación con las EPS	149
Grafica 12. Flujo-grama de la prestación del servicio a los usuarios.....	150
Grafica 13. Flujograma para la prestación de servicios de laboratorios y la IPS	151
Grafica 14. Flujograma para el suministro de medicamentos y la IPS	151
Grafica 15. Organigrama	155
Grafica 16. Mapa de procesos.....	156

LISTA DE IMAGENES

	Pág.
Imagen 1. Mapa División política administrativa del Valle del Cauca	57
Imagen 2. Red de Atención de Salud Nueva EPS	93
Imagen 3. Mapa de Ubicación IPS Cali y Palmira	99
Imagen 4. Localización del proyecto de la IPS barrio El Poblado II.....	142

INTRODUCCION

La siguiente propuesta de implementación de una IPS en el oriente de Cali, se caracteriza por enfocarse en la prestación de servicio médico de segundo nivel a los habitantes de esta zona de la ciudad, quienes tienen que desplazarse lejos de su lugar de residencia para asistir a los programas de control y prevención de enfermedades y/o patologías clínicas que requieran.

La propuesta se origina por la percepción sobre los largos desplazamientos que tienen que realizar los habitantes del sector oriental de Cali, ya que la mayoría de las EPS (entidad promotora de salud) tienen sectorizada su atención en puntos del norte y sur de la ciudad.

Aplicando los conocimientos adquiridos durante los años de formación en administración de negocios, se elaboró un estudio de factibilidad el cual contiene los diferentes estudios que se deben tener en cuenta para la implementación de una IPS; se tuvieron en cuenta las diferentes normativas establecidas por el estado como principal gestor y veedor de la prestación de servicios de salud en el país, así como la última normatividad que exige un nivel de certificación más elevado para este tipo de instituciones.

Para determinar la cantidad de servicios de salud que podrían ser demandados por la población del oriente de Cali, se utilizó la información estadística generada por la Alcaldía de Santiago de Cali acerca de la cantidad de habitantes de las comunas 13, 14 y 15 que se encuentran afiliadas al régimen contributivo de salud, así como la información de las EPS que tienen sedes propias para la atención de sus usuarios en este sector de la ciudad.

Para el desarrollo de la propuesta se deberán tener en cuenta todas las normas legales y demás reglamentaciones que permitan la prestación de estos servicios, se realizará un estudio de mercado en el oriente de Cali y se evaluará geográficamente y comercialmente la ubicación de este negocio, se evaluarán los servicios requeridos por esta comunidad y que puedan ser evaluados al momento de plantear la conformación de la IPS y se generarán los estudios de factibilidad económica para plantear de forma clara la posibilidad de implementación de una IPS.

Finalmente se presentará un informe de factibilidad para la conformación de esta alternativa de negocio.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PRODUCTO

1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Es factible la creación de una institución prestadora de salud que sea subcontratada por las entidades promotoras de salud para prestar los servicios a los usuarios adscritos en el oriente de la ciudad de Santiago de Cali?

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia el sistema de Salud es regulado por el Gobierno Nacional y administrado por medio del Ministerio de la Salud y Protección Social y por el Ministerio de trabajo. En este marco intervienen las llamadas IPS o Instituciones Prestadoras de Salud, las cuales se definen según la legislación Colombiana, como todas aquellas entidades, instituciones y/o personas ya sean públicas, privadas o de economía mixta que hayan sido aprobadas para prestar de forma parcial y/o total los procedimientos que se demanden, los cuales den cumplimiento al Plan Obligatorio de Salud (POS).

Dichas IPS son entes que deben ser subcontratados por las EPS (Entidades Promotoras de Salud) para suministrar la atención que demanden sus afiliados cotizantes y beneficiarios en cuanto a temas de salud se refiere.

En Santiago de Cali dichas entidades que se dedican a la prestación de estos servicios a la comunidad, se encuentran ubicadas en su mayoría en las zonas norte o sur de la ciudad, lo cual representa para los usuarios que residen en la zona oriente, tener que realizar largos desplazamientos para poder acceder a estos servicios. Debido a la gran cantidad de población que atienden estas entidades, se han generado demoras en la prestación de sus servicios, falencias en el nivel de calidad, entre otros inconvenientes.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se pretende realizar un estudio de factibilidad que permita determinar la viabilidad de creación de una IPS, capaz de prestar los servicios de salud a los usuarios, ya sean cotizantes o beneficiarios sin importar la EPS adscrita, es decir prestar un servicio BPO¹ a las diferentes EPS para atender la demanda de los servicios que estas están en la obligación de prestar a sus usuarios y los cuales están implícitos en el POS. Por otra parte se pretende que esta IPS esté ubicada en una zona de fácil acceso para los usuarios del oriente de la ciudad de Santiago de Cali, que permita reducir el tiempo y costo de desplazamiento al cual incurren cuando necesitan utilizar dichos servicios.

1.3 SISTEMATIZACION DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es la viabilidad de la utilización de servicios de salud de los usuarios de las EPS en la zona oriente de Santiago de Cali?
- ¿Cuál es la tecnología, recursos y condiciones operativas para el buen funcionamiento del proyecto?
- ¿Cuáles son los requerimientos legales para creación de una institución prestadora de salud en el oriente de Santiago de Cali?
- ¿Cuál es la viabilidad económica para la creación de una IPS en el oriente de la ciudad de Santiago de Cali?
- ¿Cómo contrarrestar el impacto que generaría el proyecto en la comunidad?

¹ Business Process Outsourcing (BPO) Externalización de los procesos de negocio a proveedores de servicios

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar un estudio de factibilidad para la creación de una institución prestadora de salud que sea subcontratada por las entidades promotoras de salud para prestar los servicios a los usuarios adscritos en el oriente de la ciudad de Santiago de Cali.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una investigación de mercado que determine la viabilidad de la utilización de servicios de salud de los usuarios de las EPS's en la zona oriente de Santiago de Cali.
- Realizar un estudio técnico-operativo que permita determinar la tecnología, recursos y condiciones operativas para el buen funcionamiento del proyecto.
- Elaborar un estudio sobre los requerimientos legales para creación de una institución prestadora de salud en el oriente de Santiago de Cali.
- Realizar un estudio financiero que permita medir la viabilidad económica para la creación de una IPS en el oriente de la ciudad de Santiago de Cali.
- Realizar un estudio ambiental para contrarrestar el impacto que generaría el proyecto en la comunidad.

3. METODOLOGÍA

3.1 ESTUDIO DESCRIPTIVO

El tipo de investigación que se empleará en este proyecto será descriptiva, pues se pretende analizar y medir a fondo la situación, con el fin de obtener las condiciones reales en las cuales se enmarca la problemática. También se acudirá a las teorías existentes para probar la factibilidad o no de un proyecto, como por ejemplo Metodología de estudio de mercado, evaluación financiera de proyectos de inversión, teorías administrativas, entre otras, las cuales son herramientas que permitirán conocer si es factible o no la implementación de la IPS en la zona oriente de la ciudad.

3.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Teniendo en cuenta el objetivo del proyecto, se contó con dos tipos de investigación, como primera instancia se realizó una investigación cualitativa, en la cual de acuerdo a las técnicas de recolección, se diseñó una serie de preguntas para realizar una entrevista en profundidad que permitió arrojar factores de decisión según percepciones propias de la población de estudio, para el desarrollo del proyecto. Como segunda instancia se realizó un método de investigación cuantitativo, en donde se realizó un cálculo de muestra con el fin de elaborar una encuesta en donde se analizaron los resultados con técnicas de recolección de información numéricas con preguntas cerradas y de selección múltiple que arrojaron resultados importantes para la determinación del proyecto.

Como se mencionó en el primer párrafo, teniendo en cuenta la finalidad del proyecto se empleó la metodología de estudio de factibilidad, la cual permitió a través de los estudios de mercado, técnico/operativo, administrativo, financiero, y legal/ambiental, medir si es factible o no la puesta en marcha o ejecución del proyecto en el futuro, y los factores necesarios para su implementación.

Entrevistas: Aplicación de una entrevista en profundidad a los posibles clientes directos, para conocer directamente la posibilidad de prestar el servicio propuesto, así como indagar sobre los requerimientos que ellos tienen para la contratación de estos servicios. Esta técnica es una forma específica de interacción donde a partir de dichas respuestas habrán de surgir los datos de interés.

Encuestas: Aplicación de una encuesta a una muestra de 600 habitantes de las comunas 13, 14 y 15 de Cali, como una técnica destinada a la obtención de datos de primera mano, donde a través de un formulario de preguntas, se manifieste de forma directa la percepción que tienen estos habitantes sobre la prestación de los servicios de salud.

3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

En el presente trabajo se consultaron dos tipos de fuentes de información o datos: primarias y secundarias.

3.3.1 Fuentes primarias

Estas fuentes se caracterizan por tener un contacto directo con el tema investigado, en este caso la factibilidad de crear una IPS en el oriente de Cali.

Entre las fuentes se destacan:

- 600 habitantes de las comunas 13, 14 y 15 consultados mediante encuesta.
- 3 administradores de EPS.

3.3.2 Fuentes secundarias

Estas fuentes se conforman de documentos e informes que muestran el estado e indicadores sobre la gestión en salud en la ciudad de Cali. Para este caso se consultaron:

- Informes y estadísticas en salud presentadas por la alcaldía de Cali
- Informes en prensa y medios sobre la salud en Cali

4. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la Legislación Colombiana, las IPS² son todas las entidades, asociaciones y/o personas bien sean públicas, privadas o con economía mixta, que hayan sido aprobadas para prestar de forma parcial y/o total los procedimientos que se demanden con ocasión de cumplir con el Plan Obligatorio de Salud (POS); ya sea en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado.

La iniciativa para la realización de este tema de investigación, surgió debido a una simple observación de una familia del oriente de la ciudad de Santiago de Cali, cuando requiere los servicios de IPS. Esta familia de estrato 2 debe desplazarse de oriente a norte en un recorrido que en bus urbano representa aproximadamente 1 hora para llegar al trayecto final, todo esto debido a que las EPS que prestan los servicios de salud en Cali, casi su totalidad tienen los centros de atención para sus usuarios ubicados en la zona norte o sur de la ciudad.

Actualmente Santiago de Cali cuenta con un total de 2.344.703 habitantes, de los cuales el 26% son habitantes del oriente de la ciudad el cual está comprendido por las comunas 13, 14, 15 y 21. Del total del oriente de Cali, el 67% pertenece al régimen contributivo en salud, es decir población con capacidad de pago, los cuales aportan una cuota moderadora para acceder a los servicios.

Teniendo en cuenta lo anterior, se planteó la idea de evaluar la factibilidad de implementar una IPS en el oriente de la ciudad, capaz de atender a todos o una parte de los usuarios de esta zona, sin importar la EPS a la cual esté afiliado, es decir, se pretende tercerizar los servicios de IPS con las EPS que tengan más usuarios afiliados en esta parte de la ciudad y de esta manera facilitar el uso de este servicio a una parte de esta población, prestando los servicios de salud más utilizados, facilitando la tramitología que requieren los usuarios, entre otras. Por otra parte, se pretende validar una alternativa de negocio que genere rentabilidad, y permita lograr el éxito de este proyecto, además de generar un impacto social en los usuarios de esta zona específica de la

² Institución prestadora de Salud

ciudad y un cambio en la forma de atención y prestación de servicios de las demás IPS centrándose básicamente en las necesidades de los usuarios.

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1 MARCO CONCEPTUAL

A continuación se relacionan los conceptos que se aplicaran a la unidad de análisis, siendo de gran importancia, ya que definen los lineamientos y temas relacionados y utilizados en la prestación de servicios en salud. Además dan claridad para entender en entorno sobre el cual se desarrolla la unidad de análisis.

ASPECTO AMBIENTAL: Elemento de las actividades, productos o servicios de una organización que puede interactuar con el medio ambiente.

BENEFICIARIOS: usuarios que el cotizante decide incluir para que queden cubiertos y puedan utilizar los servicios de salud.

BPO: Business Process Outsourcing, se refiere a la subcontratación por parte de las EPS de los procesos operativos para prestar servicios de salud a los usuarios afiliados.

Factibilidad: estudio que permita medir el éxito de la IPS que se pretende crear antes de implementarla, con el fin de reducir el riesgo de fracaso del negocio.

COMUNAS: Es una sub-división administrativa de una ciudad, el cual agrupa diferentes barrios de la misma.

COPAGOS: Es una parte del valor del servicio cubierto por el POS, para ayudar a financiar al sistema de régimen contributivo y subsidiado.

CUOTA MODERADORA: La cuota que deben pagar los afiliados al régimen contributivo para acceder a los servicios y programas desarrollados por la EPS.

EPS: Entidad Promotora de Salud. Se encarga de la parte administrativa referente al sistema de salud en Colombia, es decir, las entidades a las cuales los usuarios se afilian según su propia elección.

IMPACTO AMBIENTAL: Cualquier cambio en el medio ambiente, ya sea adverso o beneficioso, como resultado total o parcial de los aspectos ambientales de una organización.

IPS: Institución Prestadora de Salud. Se encarga de la parte operativa referente al sistema de salud, en otras palabras son las instituciones encargadas de prestar los servicios y atención en salud que requieran los usuarios de las EPS.

MEDIO AMBIENTE: Entorno en el cual una organización opera, incluidos el aire, agua, el suelo, los recursos naturales, la flora, la fauna, los seres humanos y sus interrelaciones.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL: hace parte de uno de los ministerios del poder ejecutivo según la legislación, que tiene como objetivo regular y determinar las normas y directrices de temas de salud pública, asistencia social, población en riesgo y pobreza.

OBJETIVO AMBIENTAL: Fin ambiental de carácter general coherente con la política ambiental que una organización se establece.

POLÍTICA AMBIENTAL: Intenciones y dirección generales de una organización relacionadas con su desempeño ambiental, como las ha expresado formalmente la alta dirección.

POS: es el conjunto de servicios para atención en salud, a los que el afiliado tiene derecho en el régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud.

PREVENCIÓN: hace referencia al enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios en salud.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO: es el mecanismo al cual deben afiliarse las personas que tienen vínculo laboral y que por lo tanto tienen capacidad de pago, así como también los trabajadores independientes, los pensionados y sus familias.

RÉGIMEN SUBSIDIADO: es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

SERVICIO NIVEL I: Nivel de servicio de una IPS que consta de un Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

SERVICIO NIVEL II: Nivel de servicio de una IPS que consta de un Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el ente que regula y agrupa, el conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales tienen acceso las personas y la comunidad para garantizar una calidad de vida acorde a la dignidad humana.

SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL: Parte del sistema de gestión de una organización, empleada para desarrollar e implementar su política ambiental y gestionar sus aspectos ambientales.

USUARIOS: todas aquellas personas afiliadas a una EPS que demandan los servicios de salud.
Cotizantes: usuarios que mes a mes pagan o se les descuenta de su salario el porcentaje correspondiente según la reglamentación por afiliación al sistema de salud.

5.2 MARCO TEORICO

Para el desarrollo del presente proyecto, se tomó como base las teorías de los autores más relevantes, que permitan sustentar la metodología y los resultados de este.

Los temas que a juicios de los investigadores se consideran relevantes para este estudio, serán abordados a continuación:

5.2.1 Estudio de Factibilidad

Según Nassir Sapag Chain en su libro *Preparación y Evaluación de Proyectos*, menciona, El estudio del proyecto pretende contestar el interrogante de si es o no conveniente realizar una determinada inversión. Esta recomendación solo será posible si se dispone de todos los elementos de juicio necesarios para tomar la decisión... El estudio de factibilidad debe simular con el máximo de precisión lo que sucederá con el proyecto si este fuese implementado, aunque difícilmente pueda determinarse con exactitud el resultado que se lograra. (Sapag Chain)

Por otra parte, el mismo autor indica, "... Toda decisión de inversión debe responder a un estudio previo de las ventajas y desventajas asociadas con su implementación, la profundidad con que este se realice de lo que aconseje cada proyecto en particular". Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo principal del proyecto pretende que apoyados en esta teoría se pueda determinar si es factible o viable la implementación y puesta en marcha de una IPS que opere como empresa tercerizador de servicios en Salud, atendiendo a usuarios de diferentes EPS y que además este ubicada en el oriente de la ciudad de Cali.

Para lograr definir la factibilidad de este proyecto Según Nassir Sapag Chain menciona, "En términos generales, son varios los estudios particulares que deben realizarse para evaluar un proyecto, los de viabilidad comercial, técnica, legal, organizacional, de impacto ambiental y financiera". A partir de esto, se tomaran las bases para realizar los estudios de viabilidad que sean pertinentes para encontrar una verdad más acertada sobre los resultados arrojados por cada uno de estos. Por el momento se ha planteado realizar los siguientes estudios de viabilidad apoyados en la definición que da el autor y los cuales se mencionan a continuación:

Según Sapag Chain,

El estudio de la viabilidad comercial indicara si el mercado es o no es sensible al bien producido o al servicio ofrecido por el proyecto y la aceptabilidad que tendría en su consumo o uso, permitiendo así determinar la postergación o rechazo de un proyecto, sin tener que asumir los costos que implica el estudio económico completo. (Sapag Chain)

Para el caso de este proyecto, esta viabilidad comercial se definirá como viabilidad de mercado, en ella se evaluarán a partir de un estudio del mercado específicamente del sector salud, si las empresas promotoras de salud de Cali que impactan mayormente en el oriente de esta ciudad por la cantidad de usuarios que estas tienen adscritos, estarían dispuestas a considerar a una IPS como opción, para atender a una población determinada de usuarios en los servicios de salud nivel I y en algunos casos nivel II.

Por otra parte se realizó un estudio técnico, que permitió determinar la capacidad en este caso física, la cantidad de servicios a prestar, logística, entre otros, necesarios para prestar el servicio de salud a los usuarios de las EPS con las cuales se llegue a una negociación, teniendo en cuenta el tamaño de la población potencial que se atendería en dicha IPS, tal cual como menciona Sapag Chain en su libro, “El estudio de viabilidad técnica, analiza las posibilidades materiales, físicas o químicas de producir el bien o servicio que desea generarse con el proyecto.”

En otra parte menciona,

Una de las conclusiones de este estudio es que deberá definir la función de producción que optimice el empleo de los recursos disponibles en la producción del bien o servicio del proyecto. De aquí podrá obtenerse la información de las necesidades de capital, mano de obra y recursos materiales, tanto para la puesta en marcha como para la posterior operación del proyecto. En particular, con el estudio técnico se determinarían los requerimientos de equipos de fábrica para la operación u el monto de la inversión correspondiente. Del análisis de las características y especificaciones técnicas de las máquinas se precisaría su disposición en planta, la que a su vez permitirá hacer una dimensión de las necesidades de espacio físico para su normal operación, en consideración con las normas y principios de la administración de la producción. (Sapag Chain)

Otro aspecto teórico importante con el cual se apoya el desarrollo del proyecto, es el estudio Organizacional o Administrativo y el estudio legal, tal cual como lo menciona Sapag Chain,

Uno de los aspectos que menos se tiene en cuenta en el estudio de proyectos, es aquel, que se refiere a los factores propios de la actividad ejecutiva de su administración: organización, procedimientos administrativos y aspectos legales. Para cada proyecto es posible definir la estructura organizativa que más se adapte a los requerimientos de su posterior operación. Conocer esta estructura es fundamental para definir las necesidades de personal calificado para la gestión y, por tanto estimar con mayor precisión los costos indirectos de la mano de obra ejecutiva... Para ello deberán definirse, con el detalle que sea necesario, los procedimientos administrativos que podrían implementarse junto con el proyecto. (Sapag Chain)

En cuanto al estudio legal menciona,

Tan importante como los aspectos anteriores es el estudio legal. Aunque no responde a decisiones internas del proyecto, como la organización y los procedimientos administrativos, influye indirectamente en ellos y, en consecuencia, sobre la cuantificación de sus desembolsos...

Normalmente existen disposiciones que afectan de manera diferente a los proyectos, dependiendo del bien o servicios que produzcan. Estos se manifiesta en el otorgamiento de permisos y patentes. (Sapag Chain)

Para el caso del proyecto, el marco que regula las IPS es bastante complejo y para su constitución se deben tener en cuenta una serie de requisitos que determinaran la apertura y funcionamiento de las mismas.

Por otro lado en el proyecto se realizara el estudio de viabilidad financiera, teniendo en cuenta que este determinará si el proyecto será rentable a partir de los elementos resultantes de los estudios anteriores, para esto Sapag Chain menciona,

Los objetivos de esta etapa son ordenar y sistematizar la información de carácter monetario que proporcionaron las etapas anteriores, elaborar los cuadros analíticos y datos adicionales para la evaluación del proyecto y evaluar los antecedentes para determinar su rentabilidad. La sistematización de la información financiera consiste en identificar y ordenar todos los ítems de inversiones, costos e ingresos que puedan deducirse de los estudios previos. Sin embargo, y debido a que no se ha proporcionado toda la información necesaria para la evaluación, en esta etapa deben definirse todos aquellos elementos que debe suministrar el propio estudio financiero. (Sapag Chain)

Por último, y considerando el impacto que tiene teniendo en cuenta los servicios que se desean prestar, se tomara en consideración la elaboración de un estudio de impacto ambiental, puesto que al manejar material médico, se debe analizar el manejo de los residuos y sustancias hospitalarias, las cuales generan un peligro inminente para el medio ambiente y los habitantes de la zona en donde quede dicha empresa. A partir de ahí el autor Sapag Chain señala lo siguiente,

Un enfoque de la gestión ambiental sugiere introducir en la evaluación de proyectos las normas ISO 14000, las cuales consisten en una serie de procedimientos asociados con dar a los consumidores una mejora ambiental continua de los productos y servicios que proporcionara la inversión, asociada con los menores costos futuros de una eventual reparación de los daños causados sobre el medio ambiente. (Sapag Chain)

5.2.2 Estudio de Mercado

Según Fred R. David en su libro Conceptos de administración estratégica define al marketing como “el proceso de definir, anticipar, crear y satisfacer las necesidades y deseos de productos y servicios de los clientes” teniendo en cuenta esta premisa, el proyecto de conformación de una IPS en el oriente de la ciudad de Cali, busca brindar una alternativa atractiva a los afiliados a las EPS de la ciudad que carecen de actividad en esta zona, para iniciar con este proceso, el proyecto se ha remitido inicialmente a conceptos y vivencias emídidas por habitantes del sector, que tienen que desplazarse hacia sitios alejados de su lugar de residencia, para atender sus necesidades en salud; además Fred R. David plantea 7 funciones de marketing que se deben elaborar para un adecuado estudio de mercado “Análisis de los clientes, venta de productos o servicios, planeación de productos y servicios, fijación de precios, Distribución, Investigación de mercados y análisis de oportunidades” es así como para desarrollar adecuadamente el proyecto se debe elaborar un análisis de los clientes, tanto primarios como son las EPS como secundarios, afiliados.

Para el estudio de los clientes primarios se tomará la muestra total de EPS presentes en la ciudad de Cali, 12 en total; para esto se realizará una entrevista en profundidad con directivos y/o colaboradores que tengan poder de decisión, que apoyen de primera mano la viabilidad del proyecto; también se elaborará una encuesta a una muestra de los afiliados en la zona para analizar su percepción hacia la prestación de servicio, la ubicación de la nueva IPS y en general su afinidad hacia la obtención de este servicio en un lugar más cercano a sus hogares.

Para el proceso de venta de los servicios se manejara como estrategia el acercamiento directo con las EPS ya que son ellas las que observarán la viabilidad del proyecto y optarán por la contratación de los servicios de la IPS, para esto se deberá tener en cuenta aspectos como el

costo, ubicación, número de afiliados a quienes se les prestará el servicio y que servicios se prestarán de acuerdo a las necesidades de los usuarios secundarios y que sean cubiertas por el plan obligatorio de salud.

Los precios se fijarán de acuerdo a lo establecido por la ley para los servicios del POS, teniendo en cuenta el margen que deberá obtener el negocio para su viabilidad y factibilidad, además que deben ser competitivos con la fijación de precios de las propias EPS.

Para el establecimiento de una adecuada distribución de los servicios así como la logística en la entrega de materiales y atención a proveedores, se seleccionará un sitio de fácil acceso a los afiliados de las EPS que residen en el oriente de Cali, ya que son ellos los que harán uso de los servicios a prestar; para obtener la información acerca del lugar más óptimo para esta función se incluirá en la encuesta una pregunta donde los usuarios secundarios manifestarán su interés en el sitio donde se debería instalar la IPS.

Otro aspecto fundamental planteado por David es la elaboración de una adecuada investigación de mercado, ya que es esta la que dará una real perspectiva de viabilidad y factibilidad de la propuesta, ya que en esta se recopila toda la información necesaria para la implementación del proyecto; esta investigación mostrará las fortalezas y debilidades que tienen o presenten las diferentes alternativas de conformación de la IPS.

El proyecto nace a través de una necesidad latente en los habitantes de la zona que tienen que desplazarse largos trayectos para obtener un servicio de salud adecuado, es importante realizar una evaluación de estas oportunidades, estableciendo precios competitivos y costos adecuados para el funcionamiento de la IPS.

De acuerdo a Nassir Sapang Chain en su libro Preparación y Evaluación de Proyectos, un estudio de factibilidad de un proyecto, consta de 5 sub-mercados a saber:

- El estudio del mercado del proveedor puede ser uno de los más importantes dentro del estudio de mercado, ya que de él depende el proyecto, ya que los insumos y demás aspectos referentes con el suministro de bienes al proyecto pueden en un determinado momento definir la viabilidad o no

del mismo, de los costos y/o fluctuaciones de los precios de los insumos, además de la disponibilidad en la entrega de los mismos establece el estudio financiero del proyecto, si no se presenta de forma certera y veraz este aspecto, la decisión de continuar o no con el proyecto, de esto también depende el establecimiento de los precios al consumidor y por lo tanto la disponibilidad para realizar inversiones y la viabilidad del proyecto.

- El estudio de mercado del competidor trata principalmente de realizar un análisis de la competencia, directa o sustitutos. El determinar y analizar de forma adecuada cómo se comportan los competidores, lo que ofrecen y los costos que puede generar permite que se determine si el proyecto sea viable; además el mercado es el que genera las bases para la evaluación de las diferentes etapas del proyecto, se deben identificar y aprovechar las diferentes oportunidades que dan los competidores y fortalecer la viabilidad del mismo.
- El estudio del distribuidor es el que determina la disponibilidad para la prestación de los servicios, para el proyecto no es tan relevante ya que la dependencia de los otros factores como proveedores permiten o no la adecuada prestación del objetivo del proyecto, la prestación de servicios en salud de calidad.
- El mercado del consumidor es el más extenso ya que para la conformación de la IPS depende de la diversidad y particularidad como cada EPS maneja a sus afiliados y sus políticas en la prestación de los servicios. Este estudio requiere de un mayor análisis ya que va encaminado a cubrir las necesidades base del estudio de factibilidad. (Sapang Chain Nassir)

Estos estudios permiten analizar la participación del proyecto en el mercado, la presencia de los competidores y la disponibilidad y compromiso de los proveedores; todo esto encaminado en la búsqueda y satisfacción de los consumidores.

Los consumidores son la base por la cual se establece un proyecto, son sus particularidades las que hay que tener en cuenta para que sea viable, son ellos los que determinan el curso que debe llegar el proyecto ya que si están de acuerdo con los planteamientos del proyecto se van a convertir en clientes y por lo tanto en los que determinan la ejecución del proyecto, para poder realizar un análisis adecuado de los competidores, es recomendable hacer una segmentación de los mismos, ya que a pesar de que cada uno tiene unas particularidades, si requieren del mismo servicio se encontrarán similitudes que al ser atacadas de una forma adecuada garantizará el éxito en la ejecución del proyecto, para poder llevar todo esto a cabo es necesario utilizar diferentes herramientas que permitan obtener de forma clara y concisa la información de los consumidores y encaminar los recursos a la solución de estas necesidades.

5.2.3 Administración Estratégica

Thomas Wheelen y J. David Hunger en su libro Administración Estratégica y política de Negocios sugieren

La administración estratégica es un conjunto de decisiones y acciones administrativas que determinan el rendimiento a largo plazo de una compañía. Incluye el análisis del entorno (tanto externo como interno), la formulación de la estrategia (planificación estratégica o a largo plazo), implementación de la estrategia, así como la evaluación y control. (Wheelen y J. David Hunger)

Teniendo en cuenta lo expresado anteriormente, y conociendo que la empresa aún no está creada, pero está en etapa de estudio para su implementación, es importante considerar dentro de este estudio cual será la estrategia que mejor se adapta en la empresa y como esta impactara como base para el crecimiento y madurez de la empresa a través del tiempo.

Gráfica 1. Etapas para la creación de la empresa



Fuente: T.L. Wheelen y J.D. Hunger Administración Estratégica y Política de Negocios Decimotercera Edición. 2013.

En cuanto al Análisis de Entorno, el autor define,

El análisis de entorno implica la vigilancia, evaluación y difusión de información desde los entornos externo e interno hasta el personal clave de la empresa. Su propósito es identificar los factores estratégicos, es decir, los elementos internos y externos que determinaran el futuro de la compañía. La forma más sencilla de realizar el monitoreo del entorno es a través del análisis FODA (Swot en inglés), FODA es un acrónimo que se usa para describir las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas específicas que son los factores estratégicos de una empresa determinada. (Wheelen y J. David Hunger)

En otra parte menciona “El análisis externo está integrado por variables que se encuentran fuera de la organización y que no están comúnmente bajo control a costo plazo de la alta

gerencia” en cuanto al análisis interno precisa, “El entorno interno de una empresa está integrado por variables que se encuentran dentro de la organización misma y generalmente no están bajo el control a corto plazo de la alta gerencia”. En el caso de la unidad de análisis esta teoría es importante para determinar mediante una matriz FODA, como es el entorno en el cual se va a mover el proyecto y como este influye para la determinación de estrategias que ayuden a la consolidación del mismo en el mercado.

El otro paso para la administración estratégica según los autores es la Formulación Estratégica, para esto mencionan,

La formulación estratégica es el desarrollo de planes a largo plazo para administrar de manera eficaz las oportunidades y amenazas del entorno con base en las fortalezas y debilidades empresariales (FODA). Incluye la definición de la misión empresarial, la descripción de los objetivos alcanzables, el desarrollo de estrategias y el establecimiento de las directrices de la política. (Wheelen y J. David Hunger)

Para la creación de la IPS que se desea implementar, es sumamente importante definir su misión su visión, sus objetivos y la estrategia que más se ajuste al análisis realizado previamente; así como también las políticas internas que permitirán que todos los empleados de la IPS estén alineados para el cumplimiento de la misión, visión y objetivos y así cumplir con la estrategia definida.

El próximo paso responde a la Implementación de la Estrategia, referente a esto los autores mencionan,

La implementación de la estrategia es un proceso mediante el cual las estrategias y políticas se ejecutan a través del desarrollo de programas, presupuestos y procedimientos... Un programa es una declaración de las actividades o pasos necesarios para llevar a cabo un plan de uso único. Hace que la estrategia se oriente hacia la acción... Un presupuesto es la declaración de los programas de una empresa en términos de dinero. Los presupuestos que se emplean en planificación y control muestran el costo detallado de cada programa... Los procedimientos denominados en ocasiones Procedimientos Operativos Estándar, constituyen un sistema de pasos sucesivos o técnicas que describen en detalle la manera de realizar una tarea o trabajo en particular. Por lo general enumeran las diversas actividades que se deben realizar para completar el programa de la empresa. (Wheelen y J. David Hunger)

Este punto es muy importante en el desarrollo del proyecto, puesto que la actividad económica de la empresa, exige que todos los procedimientos, programas y presupuestos estén completamente definidos, para garantizar que la estructura organizacional de empresa este bien implementada y permita un funcionamiento fluido y sin inconvenientes que puedan poner riesgo la prestación del servicio a los clientes y usuarios.

Por último, se enlista el proceso de Evaluación y Control, que los autores definen como

Un proceso en el que se supervisan las actividades empresariales y los resultados del desempeño de tal manera que el rendimiento real se compare con el rendimiento deseado. Los directivos de todos los niveles utilizan la información que obtienen para tomar medidas correctivas y resolver problemas. (Wheelen y J. David Hunger)

Este proceso garantizara a la IPS el cumplimiento de toda la implementación de la estrategia que se plantee, además permitirá a partir de los hallazgos, plantear, evaluar e implementar mejoras en los procesos, para permitir mejorar de adentro hacia afuera los servicios que se prestaran a los usuarios.

5.2.4 Modelo de las Cinco Fuerzas Competitivas de Porter

Para obtener un análisis detallado referente a la competitividad del mercado, específicamente sector salud, se tomara como referencia la teoría de análisis de las 5 fuerzas de Porter, que según el autor Fred R. David en su libro Conceptos de Administración Estratégica señala que: “El análisis competitivo es un enfoque muy usado para desarrollar estrategias en muchas industrias...De acuerdo con Porter, la naturaleza de la competitividad en una industria se compone de cinco fuerzas:

Gráfica 2. Modelo de las cinco fuerzas competitivas de Porter



Fuente: Fred. R. David Conceptos de Administración Estratégica Decimoprimer Edición 2008.

El autor define la Rivalidad entre las Empresas Competidoras así:

Es generalmente la más poderosa de las cinco fuerzas competitivas. Las estrategias de cada empresa tendrán éxito solo en la medida en que representen una ventaja competitiva sobre las estrategias de las empresas rivales. Es probable que los cambios en la estrategia que realiza una empresa se enfrenten con movimientos de represalia por parte de la competencia, como la reducción de precios, un aumento en la calidad, nuevas características de los productos, ofrecer servicios, ampliar las garantías y aumentar la publicidad. (Fred. R. David)

En cuanto al ingreso potencial de nuevos competidores el autor menciona,

Cuando las nuevas empresas pueden entrar fácilmente en una industria en particular, la intensidad de la competencia aumenta... A pesar de todas las barreras que pudieran existir, algunas empresas logran ingresar en industrias de productos de alta calidad, bajos costos y considerables recursos de marketing... Cuando la amenaza de que nuevas empresas entren a la industria es fuerte, las empresas ya establecidas generalmente fortalecen sus posiciones y llevan a cabo acciones como reducir los precios, extender las garantías, agregar características u ofrecer financiamientos especiales para impedir el ingreso de nuevos competidores. (Fred. R. David)

Según el autor, para mencionar el desarrollo potencial de productos sustitutos, sustenta que:

La presencia de productos sustitutos establece un límite al precio que se puede cobrar antes de que los consumidores cambien al producto sustituto... Las precisiones competitivas ocasionadas por los productos sustitutos aumentan conforme el precio de los productos sustitutos disminuye y cuando el costo de cambiar de un producto a otro también se reduce para los consumidores. La fuerza competitiva de los productos sustitutos se mide mejor por la participación del mercado que esos productos logran afianzar, así como por los planes de sus empresas para incrementar su capacidad y penetración de mercado. (Fred. R. David)

Otra de las cinco fuerzas de Porter, es la Capacidad de negociación de los proveedores, Fred David, afirma que:

La capacidad de negociación de los proveedores afecta la intensidad de la competencia en una industria, sobre todo cuando existe un gran número de proveedores, cuando solo existen unas cuantas materias primas sustitutas o cuando el costo de cambiar la materia prima por otra es especialmente alto... Con todo, en muchas industrias resulta más económico contratar proveedores externos de componentes que fabricar tales componentes. (Fred. R. David)

Por último se analizara la Capacidad de negociación de los consumidores, de la cual el autor menciona que:

Cuando los clientes son muchos, están concentrados o compran en volumen, su capacidad de negociación representa una importante fuerza que afecta la intensidad de la competencia en una industria... La capacidad de negociación de los consumidores podría constituir asimismo la fuerza más importante que afecte la ventaja competitiva. (Fred. R. David)

5.2.5 Estudio Financiero

Según Guadalupe Ochoa Setzer en su libro Administración Financiera plantea que, “las finanzas es la rama de la economía que se relaciona con el estudio de las actividades de inversión tanto en activos reales como en activos financieros, y con la administración de los mismos” es por eso que para el desarrollo del proyecto se requiere realizar un profundo análisis financiero para determinar la viabilidad y factibilidad del mismo. De acuerdo a la autora, “las finanzas administración financiera se divide en 3 áreas que son Inversiones, instituciones y mercados

financieros y finanzas corporativas o administración financiera de empresas”. De acuerdo a esta afirmación, para la creación de la IPS lo primordial es encontrar los recursos para invertir en la ejecución del proyecto, y no solo el obtener estos recursos sino administrarlos de manera adecuada para que generen beneficios al proyecto. “Cuando una empresa hace una inversión incurre en un desembolso de efectivo con el propósito de generar en el futuro beneficios económicos que ofrezcan un rendimiento atractivo para quienes invierten”. Para la realización del proyecto se deben inicialmente plantear varias propuestas de inversión, las cuales deben ser estudiadas y analizadas detenidamente para tomar la opción más viable y óptima para la realización del proyecto, esta evaluación permite plantear diversos panoramas o alternativas que muestren los pro y contra para la ejecución del mismo.

Uno de los aspectos más importantes para el análisis y ejecución de un proyecto es la evaluación financiera ya que según Ochoa “En esta etapa se ordena y sistematiza la información generada en las etapas anteriores para su utilización al aplicar alguna técnica de evaluación”, aquí se aterrizan ya en valores los estudios de mercado y técnico, y se establece la viabilidad económica del proyecto. En la evaluación económica se define si el proyecto es factible o no financieramente, si genera la rentabilidad requerida y la financiación del proyecto.

Dentro de la ejecución del estudio de factibilidad de la IPS se van a realizar análisis de flujo de efectivo ya que “Una inversión debe generar más entradas que salidas, o bien, su flujo de efectivo neto debe ser positivo” es por esto que se analiza cual va a ser la inversión inicial que se va a realizar en el proyecto, para nuestro caso sería la adquisición del terreno y construcción del edificio donde operará la IPS, esto debe ser analizado inicialmente ya que de este análisis depende que se continúe o no con el estudio. La inversión inicial es un desembolso o salida de efectivo ya que se utiliza para dar inicio al proyecto, pero además de ésta inversión de debe tener una inversión adicional que es utilizada para mantener la operación inicialmente del proyecto, a esta inversión se la conoce como “inversión en capital de trabajo” y de acuerdo a la autora, “constituye una inversión de naturaleza revolvente” ya que se debe estar reponiendo constantemente durante la operación.

También se utilizarán y aclararán conceptos como la tasa promedio de rendimiento ya que “cuando se hace análisis financiero, la razón rendimiento sobre activos (ROA) divide las utilidades netas entre los activos” y la cual indica la utilidad generada por la inversión durante el ejercicio. El valor presente neto (VPN) la cual generará información acerca de la viabilidad o no del proyecto, ya que si el VPN es mayor o igual a cero se acepta el proyecto, de lo contrario se rechaza o se envía nuevamente a revisión o evaluación; para poder determinar con claridad el VPN se debe calcular inicialmente la tasa de rendimiento mínima aceptable (TREMA) ya que esta “determina a partir del rendimiento requerido por los accionistas y los acreedores de recursos con costo” según Ochoa.

Otro indicador importante a tener en cuenta dentro de la evaluación financiera es la tasa interna de rendimiento (TIR), según Ochoa

Cuando se tiene un proyecto con un VPN positivo, se debe entender que su rendimiento es mayor que la tasa que se usó para descontar los flujos de efectivo. Para calcular la TIR se debe probar con diferentes tasas de descuento hasta encontrar la que en el presente iguala las entradas y salidas de efectivo y hacen que el VPN sea igual a cero. (Guadalupe Ochoa Setzer)

El adecuado cálculo y análisis de los indicadores financieros generan la viabilidad o no del proyecto, ya que de esta información depende que los inversionistas decidan o no colocar su dinero en el proyecto.

5.3 MARCO LEGAL

El estado colombiano es quien controla y administra el sistema de salud a través de Sistema General de Seguridad Social, quien para esto ha establecido diferentes normas y procedimientos para la creación de empresas prestadoras y comercializadoras de servicios en salud, para garantizar con ello la adecuada prestación de estos servicios, además de garantizar con ello el cumplimiento de la constitución y la ley.

Entre los requisitos legales se encuentran los siguientes:

- ✓ **Constitución de la empresa.** “La constitución de Colombia refiere al cumplimiento de los requisitos legales que le dan vida jurídica al ente económico y que lo habilitan para realizar operaciones comerciales en el marco de la ley colombiana.”³
- ✓ **Empresa.** “Es toda actividad económica organizada para la producción, transformación, circulación, administración o custodia de bienes o para la prestación de servicio, dicha actividad se realiza a través de uno o más establecimientos de comercio.”⁴
- ✓ **Comerciante.** “Es la persona que profesionalmente se ocupa en alguna de las actividades mercantiles, es decir quien ejerce una actividad económica organizada para la elaboración, producción, circulación de bienes o prestación de servicio.”⁵
- ✓ **Establecimiento de comercio.** Es el conjunto de bienes organizados por el empresario para realizar los fines de la empresa.
- ✓ **Contrato de sociedad.** Por el contrato de sociedad de dos o más personas se obligan a hacer un aporte en dinero, en trabajo o en otros bienes apreciables en dinero, con el fin de repartirse entre sí las utilidades de la empresa o actividad social. La sociedad, una vez constituida legalmente, forma una persona jurídica distinta de los socios individualmente considerados.
- ✓ **Inscripción en la Cámara de Comercio.** “El Registro Mercantil permite a todos los empresarios ejercer cualquier actividad comercial y acreditar públicamente su calidad de comerciante. Además, les permite a los empresarios tener acceso a información clave para que amplíen su portafolio de posibles clientes y proveedores. La Matrícula Mercantil hace pública la calidad de comerciante, en la medida que hace visible al empresario frente a

³ www.ces.edu.co/Descargas/guia_practica_construccion_ips_segundo_nivel_atencion.pdf

⁴ Ibíd.

⁵ Ibíd..

potenciales clientes que consultan los registros. Contiene información sobre los datos generales de los comerciantes y de las sociedades.”⁶

- ✓ **Obtención del número de identificación tributaria.** La Constitución política en su artículo 95. Numeral 9 señala como fundamento jurídico para tributar "el deber de la persona y del ciudadano de contribuir al financiamiento de los gastos e inversiones del Estado dentro de los conceptos de justicia y equidad". Lo cual implica el registro ante las entidades correspondientes para cumplir con este mandato.
- ✓ **Constitución de la IPS.** El acto de formalizar el contrato de sociedad por parte de las personas interesadas en la conformación del ente económico, se entiende como el acto comercial de constituir la IPS en este caso.
- ✓ **Acreditación de la IPS.** “El artículo 41 del decreto 1011 de 2006 define el sistema único de acreditación y licenciamiento en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.”⁷
- ✓ **Acreditación de la IPS.** “La resolución 1441 de 2013 por el cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan las disposiciones”. Considerando “Que de acuerdo con lo previsto en el párrafo 1° del artículo 4° del Decreto 1011 de 2006, el hoy Ministerio de Salud y Protección Social debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Que se hace necesario ajustar los procedimientos y condiciones para la habilitación de los servicios de salud, de conformidad con el desarrollo del país y los

⁶ <http://camara.ccb.org.co/contenido/contenido.aspx?catID=132&conID=244>

⁷ www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Decreto%201011%20de%202006.pdf

avances del sector que permitan brindar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud”.

Estos aspectos son los que permiten que el estado a través del Ministerio de la Protección Social garanticen la prestación y atención de servicios en salud, los cuales sean equitativos y accesibles y tengan un nivel óptimo de profesionales que provean este servicio.

5.3.1 Unidad de análisis – Reseña / Antecedentes

Para llevar a cabo la investigación se tomará como unidad de análisis el sector de la salud con sus respectivas normas y regulaciones, posteriormente se analizará también a las EPS que serán un factor importante para el proyecto como clientes primarios para la creación de la IPS.

5.3.1.1 Descripción

La salud es un derecho fundamental de todos los colombianos contemplado en la constitución política de 1991, que busca garantizar la prestación de servicios de salud a todos los habitantes del territorio.

La ley 100 de 1993, define la conformación de Entidades Promotoras de Salud (EPS) como las responsables de afiliar, registrar, recaudar y prestar los servicios de salud a todas las personas. La prestación de dichos servicios la pueden realizar directamente o contratada por Instituciones Prestadoras de Salud y los profesionales.

Estas Instituciones Prestadoras de Salud, deberán garantizar la continuidad de los servicios propendiendo la libre competencia y entregando a los usuarios un servicio de calidad y eficiencia, en aras de proteger la salud de los colombianos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se plantea la elaboración de un proyecto de factibilidad que determine la viabilidad de creación de una IPS que preste servicios BPO a las Empresas Promotoras de Salud en la zona oriente de la ciudad de Cali.

Para esto se contará con un complejo adecuado y provisto de todos los servicios públicos que permitan la instalación de equipos médicos e instalaciones adecuadas para propiciar una prestación de servicio óptimo a los usuarios. La IPS estará ubicada en un punto estratégico del oriente de Cali, que permita el fácil acceso de los usuarios y donde estos puedan encontrar diversidad de medios de transportes que los movilicen de una forma rápida y segura desde y hacia sus sitios de origen. El edificio contará con una infraestructura adecuada compuesta por 3 o más niveles que permitan agrupar todos los servicios, sectorizando los consultorios médicos, laboratorios, salas de espera, zonas de oficina, recepción y cafetería, además de pasillos y accesos adecuados para todo tipo de usuarios (Discapacitados, niños y personas de la tercera edad). La IPS contará con los servicios de: Medicina General, Odontología, Higiene Oral, Pediatría, Laboratorio, Enfermería, Vacunación, y Oftalmología.

Se contará con personal calificado e integral que además de prestar el servicio de atención en salud, preste un servicio humanizado que le genere confianza y credibilidad al usuario, asimismo le brindará un acompañamiento durante todo su proceso, guiándolo y ofreciéndole las mejoras alternativas para el cuidado de su salud, y a partir de esto generándole un sentido de pertenencia con la IPS y un factor diferenciador frente a las demás entidades que presten este servicio.

Para lograr el éxito del negocio, la IPS se regirá por los principios y valores de respeto, responsabilidad, compromiso y ética, implícitos en la prestación de servicios de calidad al cliente.

En cumplimiento del segundo propósito de la empresa que es la conformación de una IPS BPO en la prestación de servicios de salud, se deberá establecer convenios enmarcados en la integridad, ética y libre competencia, con las diferentes EPS para enfocar los servicios de salud en el usuario, es decir, los clientes directos de la IPS serán las EPS que tengan afiliados usuarios en la zona oriente de Cali, todo esto se logrará a través de la tercerización de los servicios de las

EPS, quienes a través de una previa negociación de las tarifas por tipo de servicio prestado, le retribuirán a la IPS el valor por cada usuario de este servicio.

Con esta tercerización, se espera que las EPS se beneficien en aspectos tales como:

- Reducción de costos, en la construcción y adecuación de la infraestructura física para tener la capacidad de suplir con la demanda.
- Reducción de gastos de personal para prestar el servicio.
- Gastos operativos.
- Mejorar la prestación del servicio a sus usuarios.
- Mejorar su imagen ante los usuarios.
- Atraer más usuarios.

Los usuarios de las EPS se beneficiarán, obteniendo un servicio de calidad, de fácil acceso, disminuyendo los tiempos de desplazamientos y obteniendo un acompañamiento adecuado de acuerdo a su necesidad.

5.3.1.2 Reseña Histórica

De la Constitución:

El sistema de salud de Colombia se inició tras la promulgación de la constitución de 1886, prevaleciendo un modelo “higienista” donde se tomaban acciones sobre la salubridad pública y atendía aspectos de carácter sanitario. En 1950 se crea la caja nacional de prevención que atendía la salud de los empleados públicos, y en el mismo año se crea el instituto colombiano de seguros sociales que atendía a los empleados del sector privado con empleo formal.

Entre 1970 a 1989, se crea el sistema general de salud bajo en esquema “Subsidios a la Oferta”, en este régimen los subsidios del gobierno para salud se transferían directamente a la red de hospitales públicos, pero estos no proporcionaban la atención integral en salud, a la población de bajos recursos.

En 1990, con la expedición de la ley 10 que fue prorrogada hasta 1993 con la ley 100, se establece el sistema de seguridad social en el país, y además se regula el sistema de pensiones. Esta reforma tuvo como fin, evitar el monopolio del estado sobre salud, y permitir el derecho de la competencia con la incorporación de las empresas prestadoras de salud.

Las EPS deben garantizar a sus afiliados y para esto debe conformar una red de servicios con sus propias instituciones de salud o contratando servicios con otras empresas prestadoras de salud o IPS.

Antes de la ley 100 de 1993, la población para acceder a los servicios de salud lo hacía dependiendo de su condición económica y que el estado clasificaba así:

- Trabajadores formales del sector público y privado: estos accedían mediante una cotización.
- Las personas más pobres: eran atendidas en instituciones públicas mediante un subsidio que proporcionaba el estado.
- La población con capacidad de pago: accedían a los servicios mediante un pago directo o compra de seguros de salud de carácter privado.

Actualmente con el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), el acceso a la salud se ha clasificado en tres grupos:

- Régimen Subsidiado, en donde se encuentra la población pobre y vulnerable. Esta población cuenta con Sisben 1 o 2, y es identificada mediante censos del estado.
- Régimen Contributivo, en donde se clasifica la población con capacidad de pago. Esta población cuenta con un vínculo laboral, son pensionados o trabajadores independientes por lo menos con 1 salario mínimo mensual legal vigente.
- Población Pobre No Afiliada (PPNA).

Para dar cumplimiento a la prestación de los servicios de salud, el estado colombiano definió la siguiente estructura:

Gráfica 3. Estructura prestación de servicios de salud.



Fuente: Secretaria de Salud Pública Municipal 2009

Declaración de Lisboa.

Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos del paciente.

Durante los meses de septiembre y octubre del año 1981 se realizó la edición número 34 de la Asamblea Médica Mundial en la ciudad de Lisboa, capital de Portugal.

Allí, en medio de conferencias y reflexiones sobre el oficio y la práctica médica, surgió la necesidad de redactar una carta internacional en la que se resaltarán los derechos que tienen los pacientes sin importar su condición sexual, religiosa, laboral o el país en el que se encuentren.

Quince años después, estos derechos fueron nuevamente validados en la Asamblea que se llevó a cabo en Bali, Indonesia.

Derechos:

❖ Derecho a la atención médica de buena calidad

- Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada según la condición que presente.
- Todo paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que tenga libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia o presión del exterior.
- Siempre se debe trabajar para respetar los intereses del paciente. El tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos aprobados por la comunidad científica.
- La alta calidad siempre debe ser parte de la atención médica y los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos.
- Cuando se deba elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento que sea limitado, todos los pacientes tienen derecho a una selección justa para ese tratamiento. Dicha elección debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación.
- El paciente tiene derecho a una atención médica continua según la enfermedad que tenga y el tratamiento al que debe ser sometido. El médico debe cooperar en la coordinación de la atención indicada con el personal que requiera, es decir, enfermeros o gente de la rama administrativa.

❖ Derecho a la libertad de elección

- El paciente tiene derecho a elegir o cambiar libremente su médico, hospital y centro de salud en el que es tratado, sin importar si hace parte del sector público o privado. La financiación del servicio estará sujeta a las reglas de cada Sistema de Seguridad Social de cada país.
- Siempre será aceptado que el paciente opte por pedir la opinión de otro profesional para comprobar un diagnóstico. La financiación de este servicio estará sujeta a las reglas de cada Sistema de Seguridad Social de cada país.

❖ **Derecho a la autodeterminación**

- El paciente tiene derecho a tomar las decisiones que considere pertinentes para su salud de manera libre y sin presiones. Es importante aclarar que el médico informará las consecuencias de todas las acciones.
- Los pacientes adultos y con la disposición mental para hacer lo pueden dar su consentimiento o, por el contrario, negarse a practicarse cualquier examen, terapia o diagnóstico.
- El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones y puede preguntar, cuantas veces quiera, el propósito y consecuencias de los tratamientos a los que se someta.
- El paciente tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina.

❖ **El Paciente en estado de inconsciencia**

- Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad, se debe obtener el consentimiento de un representante legal, si la ley así lo permite.
- Si no se dispone de un representante legal, y se necesita de manera urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que el paciente haya expresado lo contrario de manera previa.
- Si llegara el caso de un paciente con intento de suicidio, el médico está en la obligación de tratar de salvarle la vida.

❖ **El Paciente legalmente incapacitado**

- Si el paciente es menor de edad, o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal. Sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que le permita su capacidad.
- Las decisiones racionales que tome un paciente incapacitado deben ser respetadas. De igual manera, tiene derecho a prohibir la entrega de información a su representante legal si así lo quiere.
- Si el representante legal del paciente, o una persona autorizada por el paciente, prohíbe el tratamiento que es el mejor para la salud, el médico debe apelar esta decisión en la

institución legal pertinente u otra. Si llegara a presentarse una emergencia, el médico decidirá lo que sea mejor para el paciente.

❖ **Procedimientos contra la voluntad del paciente**

- El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente, en casos excepcionales únicamente si lo autoriza la ley conforme a los principios de ética médica.

❖ **Derecho a la información**

- El paciente tiene derecho a conocer la información de su historia clínica así como los detalles de su estado de salud. Sin embargo, esto no incluye la información de terceros que se incluya en el historial de un paciente, para lo cual, necesitará el consentimiento de la persona en cuestión.
- De manera excepcional, se puede retener información frente al paciente cuando haya una buena razón para creer que dicha información representaría un serio peligro para su vida o su salud.
- La información se debe entregar de manera que sea claramente comprendida por el paciente y su grupo familiar.
- El paciente tiene derecho a no ser informado de su estado, por solicitud expresa, a menos que sea necesario para salvaguardar la vida de otra persona.
- Si decide no recibir información, el paciente tiene derecho de elegir quién debe ser elegido en su lugar o si, por el contrario, nadie está autorizado a conocer la condición clínica del enfermo.

❖ **Derecho al secreto**

- Toda la información del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte.
Excepcionalmente, los descendientes pueden tener derecho al acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud.
- La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley lo considera. Se puede entregar información a otro

personal de salud sólo si existe como punto de partida una intención de aprendizaje sobre el tema, a menos que el paciente dé un consentimiento explícito.

- Toda información identificable del paciente debe ser protegida de manera apropiada. Esto incluye desde la historia clínica hasta sustancias humanas que puedan proporcionar datos verificables sobre la condición médica.

❖ **Derecho a la Educación sobre la Salud**

- Toda persona tiene derecho a recibir educación sobre la salud para que puedan tomar decisiones apropiadas y a conocer los servicios disponibles. Dicha educación debe incluir datos sobre estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades. Cada persona es responsable de su propia salud y debe procurar la protección de su vida y la de los demás.

❖ **Derecho a la dignidad**

- La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores.
- El paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento, según los conocimientos actuales.
- El paciente tiene derecho a una atención humana y a recibir toda la ayuda disponible, en caso de padecer una enfermedad terminal, para que muera de la manera más digna posible.

❖ **Derecho a la Asistencia Religiosa**

- El paciente tiene derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, incluso la de un representante de su religión.

Superintendencia Nacional de Salud

Historia:

Muestra el desarrollo institucional de una entidad cuya competencia, funciones, organización y sujetos de vigilancia presenta una tendencia al aumento de funciones y de intervenciones, en la medida que se amplían los seguros, recursos y riesgos en el Sector Salud.

En el año de 1977 se crea la Entidad como Superintendencia de Seguros de Salud, donde en concordancia con el Decreto Ley 1650 ejercía estricto control y eficiente vigilancia a la administración y los servicios y prestaciones de la salud correspondientes a los seguros sociales obligatorios, de conformidad con las normas del Sistema Nacional de Salud, como sujeto el Instituto de Seguros Sociales -ISS.

En 1989 el Congreso de la República aprueba la Ley 15 de 1989, por la cual se expiden normas sobre la organización, financiamiento y control de los servicios de salud y asistencia pública, se reorganiza la Superintendencia de Seguros de Salud y se dictan otras disposiciones, y específicamente en el Capítulo II se establecía la Estructura, Organización y Funciones de la Superintendencia. Ésta Ley cambia la denominación de la entidad al de SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, estableciéndole la misión de ejercer la Inspección, Vigilancia y Control sobre las actividades concernientes a la prestación de los Servicios de Salud en los Seguros Sociales Obligatorios, asistencia pública, atención médica a cargo de entidades creadas o sostenidas por el estado; y sobre la liquidación, recaudo y transferencia de los recursos fiscales que se aplican a tales actividades, ampliando los sujetos a los Prestadores Públicos, Entidades de Asistencia, Loterías.

En 1990 se reorganiza la Superintendencia, mediante el Decreto-Ley 1472 y se le establece como objeto el de ser autoridad técnica en materia de inspección, vigilancia y control de: a) la calidad y eficiencia de la prestación de los servicios de Salud de los Seguros Sociales Obligatorios, de la Previsión Social, de la Medicina Pre-pagada y de las Entidades que contratan servicios de salud con el subsector oficial del sector salud y las cajas de compensación familiar; b) sobre la liquidación, recaudo, giro, cobro y utilización de los recursos que se apliquen a tales

actividades y demás acciones de la salud, cualquiera que sea su origen; y, c) en la eficiencia en la obtención y aplicación de los recursos en las entidades del subsector oficial del sector salud, agregando nuevos sujetos, como son: las Entidades de Previsión, Empresas de Medicina Pre-pagada, Cajas de Compensación Familiar (salud), Licoreras.

En el marco del artículo 20 transitorio de la Constitución Política de 1991, se expidió el Decreto 2165 de 1992, por el cual se reestructura la Superintendencia Nacional de Salud y establece como objetivo de la entidad la de ser autoridad técnica de inspección, vigilancia y control en relación con la siguientes materias: a) el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias a que están sujetas las entidades que prestan servicios de salud, las que prestan servicios de medicina Pre-pagada y las Cajas de Compensación Familiar; b) la eficiencia en la aplicación, en la obtención y aplicación de los recursos de las entidades del Subsector Oficial del Sector Salud; y, c) la liquidación, recaudo, giro, cobro y utilización de los recursos fiscales y demás arbitrios rentísticos, cualquiera que sea su origen, con destino a la prestación de los servicios de salud.

Posteriormente, en el año 1994, mediante el Decreto 1259, expedido en desarrollo del Decreto 1266 de 1994 y en ejercicio de las facultades previstas en la Ley 100 de 1993, reestructuró la Superintendencia Nacional de Salud y ejercerá funciones de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud y amplió su espectro al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito –SOAT, FOSYGA, Entidades Promotora de Salud –Entidad Promotora de Salud (Régimen Contributivo y Subsidiado), Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS, Empleadores y Entidades Territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios). Es necesario señalar, que tuvo una nueva reestructuración ordenada por el Decreto 452 del 2000, expedido en el marco del artículo 54 de la Ley 489 de 1998, pero le dieron un efecto de inocuidad al no adoptar la nueva planta de personal, condición establecida para que las funciones y la estructura interna se ejerciera y operara, respectivamente.

Para terminar, Ley 1122 de 2007, crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual, estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, con base en los siguientes ejes: financiamiento, aseguramiento, prestación de

servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios en salud; también le otorga facultades de función jurisdiccional y de conciliación, para poder ser eficaz en la atención de las necesidades de los usuarios del sistema, como también agrega nuevos vigilados como son los regímenes especiales y exceptuados.

Con el Decreto 1018 de 2007 (30 de marzo), modifica la estructura y fortalece la entidad en virtud de las competencias otorgadas en la Ley 1122; donde establece cinco Superintendencias Delegadas, así: Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para Salud, Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales, Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y Conciliación. Cuatro Oficinas: Oficina Asesora Jurídica, Oficina Asesora de Planeación, Oficina de Control Interno y Oficina de Tecnología de la Información y la Secretaría General.

Se amplía el ámbito de inspección, vigilancia y control y se fija los siguientes objetivos:

- Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control; Vigilar el cumplimiento de las normas;
- Supervisar la calidad de la atención de la salud y control del aseguramiento, la afiliación, la calidad de la prestación de los servicios y la protección de los usuarios;
- Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud;
- Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud;
- Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud;
- Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud;

- Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante;
- Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema.
- Igualmente amplia el campo de inspección, vigilancia y control a los Regímenes exceptuado y Especiales y se le agregan las funciones Jurisdiccionales y de Conciliación.

Funciones

La Ley 1122 de 2007 aprobada con el fin de realizar algunos ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, incluye entre sus reformas o modificaciones algunas relacionadas con las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. El capítulo VII, en su artículo 35, define las funciones de inspección, vigilancia y control de la siguiente forma:

- La inspección es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia. Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.
- La vigilancia consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de éste.
- El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y

sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

Secretaria de Salud de Cali

La secretaria de salud, es una entidad perteneciente a la alcaldía de Santiago de Cali que se encarga como todas Colombia, de dirigir y conducir todos los aspectos necesarios para garantizar el funcionamiento de los programas enfocados a la Salud de todo el territorio caleño.

Misión

El Municipio de Santiago de Cali, como ente territorial, genera las condiciones necesarias para la oportuna prestación de los servicios públicos y sociales, a través de la planificación del desarrollo económico, social, ambiental y del territorio y, de la administración efectiva de los recursos, propiciando la participación ciudadana en la gestión pública, el ejercicio de los derechos y deberes constitucionales y la convivencia pacífica de sus habitantes, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Líneas de la política

Consejo de Santiago de Cali. Acuerdo No. 0326 de 2012

El Ministerio de la Protección Social definió las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud y para el Plan Territorial de Salud:

- La promoción de la salud y la calidad de vida.
- La prevención de los riesgos.
- La recuperación y superación de los daños en la salud.
- La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
- La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida:

La promoción de la salud y la calidad de vida constituye un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva.

Se asume la promoción de la salud y la calidad de vida como una dimensión del trabajo de salud que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud y la calidad de vida integra las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud. Esta línea hace posible la vinculación de los temas del sector salud con los temas de otros sectores y con la política económica y social.

El objetivo es fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva. La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades y satisfactores en las dimensiones individual, familiar y comunitaria en los ámbitos locales, regionales y nacionales. Para el desarrollo de esta línea de política se formulan estrategias operativas orientadas a fomentar la conformación de entorno s favorables a la salud en las dimensiones físicas y socioculturales, así como en el desarrollo de habilidades y competencias ciudadanas y comunitarias en pro de la salud.

Línea de política número 2. Prevención de los riesgos:

Es el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir.

El objetivo de esta línea de política es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las entidades promotoras de salud - EPS, las administradoras de riesgos profesionales - ARP y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas. Esta línea de política abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, la prevención primaria, sino también a gestionar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, la prevención secundaria.

Línea de política número 3. Recuperación y superación de los daños en la salud:

Es el conjunto de acciones individuales del plan obligatorio de salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado, que busca recuperar la salud y superar los daños ocurridos en los individuos y las poblaciones, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y a los programas y redes de protección social. Involucra acciones de prevención secundaria y terciaria que se realizan en todos los niveles de atención y grados de complejidad con el objeto de detener o reducir el daño que pueda producir la enfermedad ya presente, el establecimiento de la cronicidad, sus recidivas o sus secuelas.

Esta política demanda de las autoridades de salud y de la sociedad en general, una permanente evaluación del acceso, oportunidad, calidad, pertinencia y grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Para el desarrollo de las líneas 2 y 3 de política se formulan estrategias operativas orientadas a garantizar el acceso de la población a servicios de salud de calidad de protección específica, detección temprana y atención integral de los eventos de interés

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento:

Es el conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de

vida de los colombianos. La vigilancia en salud está compuesta por los procesos de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

Línea de política número 5. Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública

La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública, busca fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias.

La gestión es el eje central de integración, coordinación y articulación de las competencias, responsabilidades y funciones en salud pública de los actores en el ámbito nacional, territorial e institucional, público, privado y comunitario. Esta línea de política permite promover el liderazgo de las entidades territoriales de salud y los demás actores institucionales para fortalecer la capacidad de la autoridad de salud territorial en el desempeño de las competencias de salud, permite generar escenarios para apoyar el ejercicio de rectoría y gobernabilidad del sector, para mejorar la capacidad de coordinación, regulación, planificación, conducción, vigilancia, evaluación y comunicación de los riesgos en salud y de los resultados y efectos de las políticas de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud.

Mediante estas acciones de gestión se identifican las necesidades locales y se articulan las respuestas en los espacios cotidianos donde transcurre la vida de las personas, con el fin de promover el ejercicio del poder por parte de los sujetos para transformar las prácticas de vida y potenciar el desarrollo de autonomía que conduzca al mejoramiento de la calidad de vida y el ejercicio pleno de los derechos. La gestión integral se apoya en un conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones, actividades, herramientas, instrumentos, capacidades y habilidades gerenciales, técnicas, operativas, logísticas, de información y comunicación enmarcadas en los principios de calidad. Articula procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las competencias de salud pública individuales y colectivas y los mecanismos de control de la gestión con calidad, y el seguimiento para el logro de las metas definidas en el Plan

Nacional de Salud Pública. Además, fomenta la comunicación en salud, como estrategia que permite corregir las asimetrías en el manejo social del riesgo, generar redes de protección social, lograr equidad y aumentar la calidad de vida en la población Colombiana.

Santiago de Cali

Información Geográfica

Tabla 1. Matriz DOFA

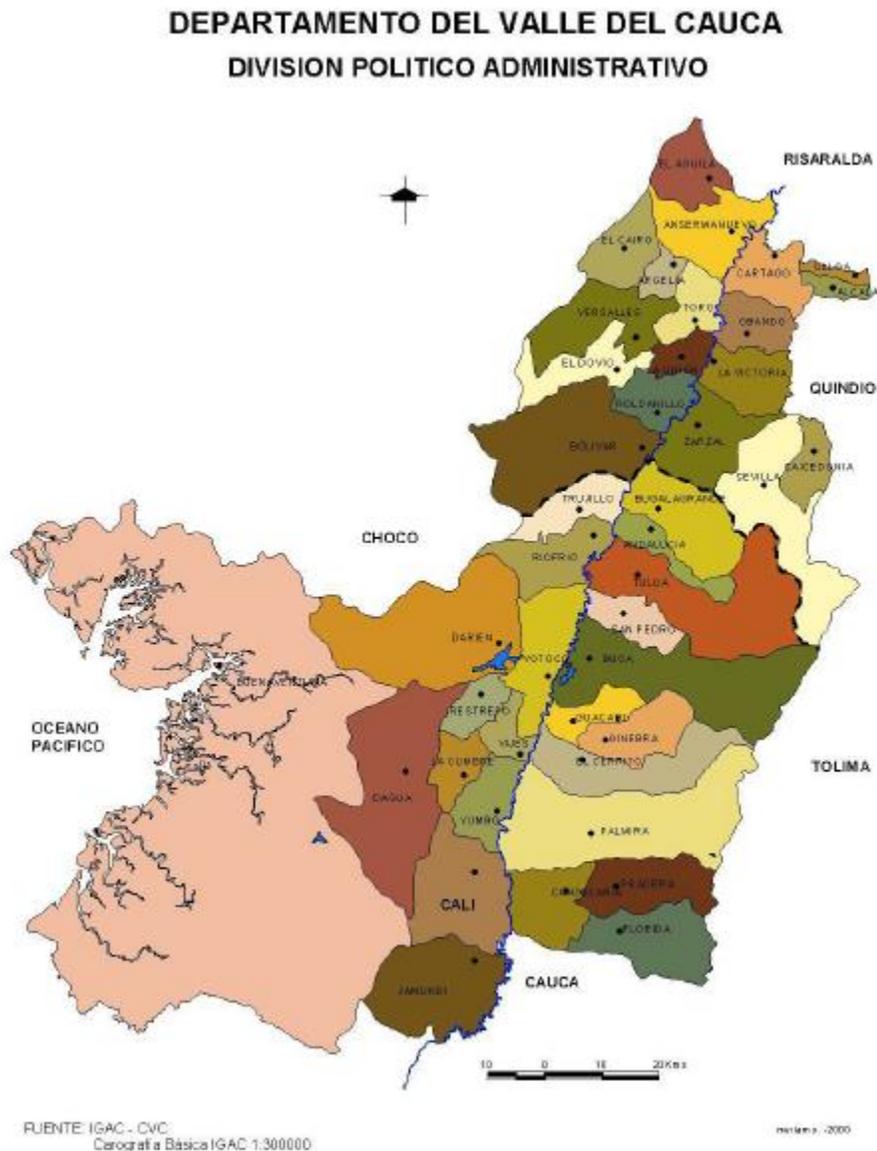
Descripción	Valor
Latitud norte	3°27'26"
Longitud oeste (Meridiano de Greenwich)	76°31'42"
Altura sobre el nivel del mar (m) (Coordenadas 110.000N, 110.000E)	1,070
Altura máxima (m) (Farallones)	4,070
Altura mínima (m) (Oriente)	950
Superficie Total del Municipio (km ²)	560.3
Comunas (km ²)	120.9
Corregimientos (km ²)	437.2
Protección Río Cauca (km ²)	2.2
Suelo urbano (km ²)	120.9
Suelo rural (km ²)	410.9
Suelo de expansión (km ²)	16.5
Suelo suburbano (km ²)	9.7
Suelo de protección Río Cauca (km ²)	2.2
Temperatura promedio (°C)	24.6
Precipitación anual (mm)	1,588.0

Fuente: Cali en Cifras 2011 - IGAC, DAP, CVC, IDEAM

Límites Municipales

La ciudad de Santiago de Cali limita al norte con los municipios de La Cumbre y Yumbo; al oriente con los municipios de Palmira, Candelaria, y Puerto Tejada; al sur con el municipio de Jamundí y al occidente con los municipios de Buenaventura y Dagua.

Imagen 1. Mapa División política administrativa del Valle del Cauca



Fuente: Plan Territorial de Salud Cali 2012 – 2015

División Territorial

Por medio del Acuerdo 15, de agosto 11 de 1988, se estableció la sectorización del Municipio de Cali, organizándose el área urbana en 20 Comunas y el área rural en 15 Corregimientos. El Acuerdo 10 de agosto 10 de 1998 crea la Comuna 21. El Acuerdo 134 de agosto 10 de 2004 crea la Comuna 22.

Mediante el Acuerdo 69 de octubre de 2000, se delimita y clasifica el suelo en: urbano, de expansión urbana, suburbana y rural.

Tabla 2. Sectorización del Municipio de Santiago de Cali

Código	Barrio, Urbanización, Sector	Acuerdo	Año	Código	Barrio, Urbanización, Sector	Acuerdo	Año
COMUNA 1				0313	El Hoyo	049	1964
0101	Terrón Colorado	049	1964	0314	El Piloto	049	1964
0102	Vista Hermosa	083	1966	0315	Navarro - La Chanca	049	1964
0196	Sector Patio Bonito			0316	Acueducto San Antonio	049	1964
0199	Aguacatal						
COMUNA 2				COMUNA 4			
0201	Santa Rita	049	1964	0401	Jorge Isaacs	049	1964
0202	Santa Teresita	049	1964	0402	Santander	049	1964
0203	Arboledas	049	1964	0403	Porvenir	049	1964
0204	Normandía	049	1964	0404	Las Delicias	049	1964
0205	Juanambú	049	1964	0405	Manzanares	049	1964
0206	Centenario	049	1964	0406	Salomia	049	1964
0207	Granada	049	1964	0407	Fátima	049	1964
0208	Versalles	049	1964	0408	Sultana-Berlín-San Francisco	049	1964
0209	San Vicente	049	1964	0410	Popular	049	1964
0210	Santa Mónica	049	1964	0411	Ignacio Rengifo	049	1964
0211	Prados del Norte	049	1964	0412	Guillermo Valencia	049	1964
0212	La Flora	049	1964	0413	La Isla	049	1964
0213	La Campiña	049	1964	0414	Marco Fidel Suárez	049	1964
0214	La Paz	049	1964	0415	Evaristo García	049	1964
0215	El Bosque	049	1964	0416	La Esmeralda	043	1970
0216	Menga	049	1964	0417	Bolivariano	049	1964
0217	Ciudad Los Alamos	033	1973	0418	Barrio Olaya Herrera	043	1972
0218	Chipichape	049	1964	0419	Unidad Resid. Bueno Madrid	030	1974
0219	Brisas de los Alamos	069	2000	0420	Flora Industrial	021	1985
0293	Urbanización La Merced			0421	Calima	024	1985
0294	Vipasa			0423	Industria de Licores	049	1964
0295	Urbanización La Flora			0497	La Alianza		
0296	Altos de Menga			COMUNA 5			
0297	S. Altos Normandía - Bataclán			0501	El Sena	011	1964
0298	Área Libre - Parque del Amor			0502	Los Andes	001	1972
COMUNA 3				0503	Los Guayacanes	092	1987
0301	El Nacional	049	1964	0504	Chiminangos Segunda Etapa	091	1987
0302	El Peñón	049	1964	0505	Chiminangos Primera Etapa	100	1987
0303	San Antonio	049	1964	0506	Metropolitano del Norte	131	1987
0304	San Cayetano	049	1964	0594	Los Parques - Barranquilla		
0305	Los Libertadores	049	1964	0595	Villa del Sol		
0306	San Juan Bosco	049	1964	0596	Paseo de Los Almendros		
0307	Santa Rosa	049	1964	0597	Los Andes B - La Riviera		
0308	La Merced	049	1964	0598	Torres de Comfandi		
0309	San Pascual	049	1964	0599	Villa del Prado - El Guabito		
0310	El Calvario	049	1964				
0311	San Pedro	049	1964				
0312	San Nicolás	049	1964	0817	La Base	010	1969
COMUNA 6				0818	Urbanización La Base	049	1964
0601	San Luis	007	1967	COMUNA 9			
0602	Jorge Eliécer Gaitán	031	1967	0901	Alameda	049	1964
0603	Paso del Comercio	005	1974	0902	Bretaña	049	1964
0604	Los Alcázares	015	1982	0903	Junín	049	1964
0605	Petecuy Primera Etapa	014	1984	0904	Guayaquil	049	1964
0606	Petecuy Segunda Etapa	013	1984	0905	Aranjuez	049	1964
0607	La Rivera I	097	1987	0906	Manuel María Buenaventura	049	1964
0608	Los Guadales	090	1987	0907	Santa Mónica Belalcázar	049	1964
0609	Petecuy Tercera Etapa	101	1987	0908	Belalcázar	049	1964
0610	Ciudadela Floralia	037	1985	0909	Sucre	049	1964
0695	Fonaviemcali			0910	Barrio Obrero	049	1964
0696	San Luis II						
0697	Urbanización Calimío						
0698	Sector Puente del Comercio						

(Continuación Tabla 2) Sectorización del Municipio de Santiago de Cali

Código	Barrio, Urbanización, Sector	Acuerdo	Año	Código	Barrio, Urbanización, Sector	Acuerdo	Año
COMUNA 7				COMUNA 10			
0701	Alfonso López 1ª Etapa	049	1964	1001	El Dorado	049	1964
0702	Alfonso López 2ª Etapa	049	1964	1002	El Guabal	049	1964
0703	Alfonso López 3ª Etapa	049	1964	1003	La Libertad	049	1964
0704	Puerto Nuevo	005	1993	1004	Santa Elena	049	1964
0705	Puerto Mallarino	049	1964	1005	Las Acacias	049	1964
0706	Urbaniz. El Angel del Hogar	049	1964	1006	Santo Domingo	017	1967
0707	Siete de Agosto	016	1967	1007	Jorge Zawadsky	017	1967
0708	Los Pinos	026	1973	1008	Olimpico	055	1968
0709	San Marino	095	1987	1009	Cristóbal Colón	023	1971
0710	Las Ceibas	093	1987	1010	La Selva	007	1972
0711	Base Aérea	049	1964	1011	Barrio Departamental	007	1975
0797	Parque de la Caña			1012	Pasoancho	007	1975
0798	Fepicol			1013	Panamericano	017	1984
COMUNA 8				1014	Colseguros Andes	032	1984
0801	Primitivo Crespo	049	1964	1015	San Cristóbal	015	1985
0802	Simón Bolívar	049	1964	1016	Las Granjas	034	1988
0803	Saavedra Galindo	049	1964	1017	San Judas Tadeo I	004	1992
0804	Rafael Uribe Uribe	049	1964	1018	San Judas Tadeo II	006	1992
0805	Santa Mónica Popular	049	1964	COMUNA 11			
0806	La Floresta	049	1964	1101	Barrio San Carlos	037	1964
0807	Benjamín Herrera	049	1964	1102	Maracaibo	049	1964
0808	Municipal	049	1964	1103	La Independencia	049	1964
0809	Industrial	049	1964	1104	La Esperanza	049	1964
0810	El Troncal	049	1964	1105	Urbanización Boyacá	049	1964
0811	Las Américas	049	1964	1106	El Jardín	049	1964
0812	Atanasio Girardot	049	1964	1107	La Fortaleza	049	1964
0813	Santa Fe	041	1970	1108	El Recuerdo	049	1964
0814	Chapinero	049	1964	1109	Aguablanca	049	1964
0815	Villacolombia	049	1964	1110	El Prado	049	1964
0816	El Trébol	049	1964	1111	20 de Julio	049	1964
1113	Los Sauces	041	1975	1112	Prados de Oriente	047	1970
1114	Villa del Sur	006	1972	COMUNA 14			
1115	José Holguín Garcés	044	1973	1401	Alfonso Bonilla Aragón	027	1983
1116	León XIII	022	1975	1402	Alirio Mora Beltrán	021	1983
1117	José María Córdoba	068	1975	1403	Manuela Beltrán	023	1983
1118	San Pedro Claver	009	1981	1404	Las Orquídeas	018	1983
1119	Los Conquistadores	060	1975	1405	José Manuel Marroquín II Etapa	003	1991
1120	La Gran Colombia	028	1983	1406	José Manuel Marroquín I Etapa	004	1991
1121	San Benito	018	1984	1495	Puerta del Sol		
1122	Primavera	035	1988	1496	Los Naranjos I		
COMUNA 12				1498	Promociones Populares B		
1201	Villanueva	049	1964	1499	Los Naranjos II		
1202	Asturias	017	1974	COMUNA 15			
1203	Eduardo Santos	008	1975	1501	El Retiro	013	1994
1204	Barrio Alfonso Barberena A.	023	1979	1502	Los Comuneros I Etapa	013	1994
1205	El Paraíso	023	1979	1503	Laureano Gómez	013	1994
1206	Fenalco Kennedy	007	1982	1504	El Vallado	013	1994
1207	Nueva Floresta	007	1982	1596	Ciudad Córdoba		
1208	Julio Rincón	013	1983	1598	Mojica		
1209	Doce de Octubre	015	1984	1599	El Morichal		
1210	El Rodeo	016	1984	COMUNA 16			
1211	Sindical	020	1984	1601	Mariano Ramos	018	1969
1212	Bello Horizonte	019	1984	1602	República de Israel	033	1970
				1603	Unión de Vivienda Popular	042	1971

(Continuación Tabla 2) Sectorización del Municipio de Santiago de Cali

Código	Barrio, Urbanización, Sector	Acuerdo	Año	Código	Barrio, Urbanización, Sector	Acuerdo	Año
COMUNA 13				1604	Antonio Nariño	029	1983
1301	Ulpiano Lloreda	020	1969	1605	Brisas del Limonar	135	1987
1302	El Vergel	003	1981	1697	Ciudad 2000		
1303	El Poblado I	004	1981	1698	La Alborada		
1304	El Poblado II	025	1983	COMUNA 17			
1305	Los Comuneros II Etapa	030	1983	1701	La Playa	007	1974
1306	Ricardo Balcazar	031	1983	1702	Primero de Mayo	047	1985
1307	Omar Torrijos	026	1983	1703	Ciudadela Comfandi	001	1991
1308	El Diamante	031	1984	1705	Ciudad Universitaria	049	1964
1309	Lleras Restrepo	028	1984	1774	Caney		
1310	Villa del Lago	142	1987	1775	Lili		
1311	Los Robles	013	1989	1778	Santa Anita - La Selva		
1312	Rodrigo Lara Bonilla	002	1990	1780	El Ingenio		
1313	Charco Azul	004	1990	1781	Mayapan - Las Vegas		
1314	Villablanca	007	1992	1782	Las Quintas de Don Simón		
1315	Calipso	012	1996	1783	Ciudad Capri		
1390	Yira Castro			1784	La Hacienda		
1393	Lleras Restrepo II Etapa			1785	Los Portales - Nuevo Rey		
1394	Marroquín III			1786	Cañaverales - Los Samanes		
1395	Los Lagos			1787	El Limonar		
1397	Sector Laguna del Pondaje			1788	Bosques del Limonar		
1398	El Pondaje			1789	El Gran Limonar - Cataya		
1399	Sector Asprosocial - Diamante						
1790	El Gran Limonar			1922	Camino Real - J. Borrero S.	064	2000
1791	Unicentro Cali			1923	Camino Real - Los Fundadores	065	2000
1793	Ciudadela Pasoancho			1981	Sector Altos de Santa Isabel		
1794	Prados del Limonar			1982	Santa Barbara		
1796	Urbanización San Joaquín			1983	Tejares - Cristales		
COMUNA 18				1984	Unidad Res. Santiago de Cali		
1801	Buenos Aires	049	1964	1985	Unidad Residencial El Coliseo		
1802	Barrio Caldas	049	1964	1988	Cañaveralejo - Seguros Patria		
1803	Los Chorros	049	1964	1992	Cañaveralejo		
1804	Meléndez	047	1965	1994	Pampa Linda		
1805	Los Farallones	077	1975	1995	Sec. Cañaveralejo Guadalupe		
1807	Francisco Eladio Ramírez	030	1977	1997	Sector Bosque Municipal		
1808	Prados del Sur	031	1982	1999	U. D. A. Galindo Plaza Toros		
1809	Horizontes	096	1987	COMUNA 20			
1810	Mario Correa Rengifo	106	1987	2001	El Cortijo	049	1964
1811	Lourdes	002	1991	2002	Belisario Caicedo	049	1964
1812	Colinas del Sur	004	1993	2003	Siloé	049	1964
1813	Alfárez Real	004	1993	2004	Lleras Camargo	049	1964
1814	Nápoles	004	1993	2005	Belén	021	1971
1815	El Jordán	049	1964	2006	Brisas de Mayo	002	1986
1816	Cuarteles Nápoles	049	1964	2007	Tierra Blanca	017	1990
1890	Sector Alto de Los Chorros			2008	Pueblo Joven	025	1991
1891	Polvorines			2097	Cementerio - Carabineros		
1896	Sector Meléndez			2098	Venezuela - Urb. Cañaveralejo		
1897	Sector Alto Jordán			2099	La Sultana		
1898	Alto Nápoles			COMUNA 21			
COMUNA 19				2101	Píamos I	040	1999
1901	El Refugio	049	1964	2102	Píamos II	040	1999
1902	La Cascada	049	1964	2103	Calimío Desepez	040	1999
1903	El Lido	049	1964	2104	El Remanso	040	1999
1904	Urbanización Tequendama	049	1964	2105	Los Líderes	040	1999
1905	Barrio Eucarístico	049	1964	2106	Desepez Invicali	040	1999
1906	San Fernando Nuevo	049	1964	2107	Compartir	040	1999
1907	Urbanización Nueva Granada	049	1964	2108	Ciudad Talanga	040	1999
1908	Santa Isabel	049	1964	2194	Villamercedes-Villa Luz-Las G.		
1909	Bellavista	049	1964	2195	Píamos III - Las Dalías		
1910	San Fernando Viejo	049	1964	2196	Potrero Grande		
1911	Miraflores	049	1964	2197	Ciudadela del Río - CVC		
1912	3 de Julio	049	1964	2198	Valle Grande		
1913	El Cedro	049	1964	2199	Planta de Tratamiento		

(Continuación Tabla 2) Sectorización del Municipio de Santiago de Cali

Código	Vereda o Sector		Código	Vereda o Sector		
1914	Champagnat	049	1964			
1915	Urbanización Colseguros	049	1964	COMUNA 22		
1916	Los Cámbulos	001	1975	2201 Urbanización Ciudad Jardín	049	1964
1917	El Mortiñal	021	1988	2296 Parcelaciones Pance		
1918	Urbanización Militar	049	1964	2297 Urbanización Río Lili		
1919	Cuarto de Legua - Guadalupe	049	1964	2298 Ciudad Campestre		
1921	Nueva Tequendama	063	2000	2299 Club Campestre		
5100	NAVARRO		5413	El Otoño		
5101	Navarro (Cabecera)		5418	Alto de Los Mangos		
5102	El Estero		5486	La Luisa		
5197	Las Vegas		5487	La Sirena		
5198	Meléndez		5492	Parque de La Bandera		
5199	Jarillón Navarro		5493	Cantaclaro		
5200	EL HORMIGUERO		5500	VILLACARMELO		
5201	El Hormiguero (Cabecera)		5501	Villacarmelo (Cabecera)		
5202	Morgan		5502	La Fonda		
5203	La Paila		5503	Dos Quebradas		
5204	Cauca Viejo		5504	La Candelaria		
5205	Cascajal		5505	El Carmen		
5299	Valle del Lili		5506	Alto de los Mangos		
5300	PANCE		5600	LOS ANDES		
5301	La Vorágine		5601	Los Andes (Cabecera)		
5302	Pance (Cabecera)		5602	Los Cárpatos		
5303	San Pablo		5603	Quebrada Honda		
5304	La Castellana		5604	Pueblo Nuevo		
5305	El Trueno		5605	El Faro		
5308	El Pato		5607	El Mango – La Reforma		
5310	El Topacio		5608	La Carolina - Los Andes Bajo		
5311	El Porvenir		5611	El Cabuyal		
5312	San Francisco		5694	Atenas		
5314	El Jardín		5695	El Mameyal		
5319	Pico de Aguila		5696	Mónaco		
5321	Chorro de Plata					
5399	Pance Suburbano					
5400	LA BUITRERA		5700	PICHINDÉ		
5401	La Buitrera (Cabecera)		5701	Pichindé (Cabecera)		
5410	La Riverita		5702	Peñas Blancas		
5411	El Rosario		5703	Loma de La Cajita		

(Continuación Tabla 2) Sectorización del Municipio de Santiago de Cali

Código	Vereda o Sector	Código	Vereda o Sector
5800	LA LEONERA	6200	LA CASTILLA
5801	La Leonera (Cabecera)	6201	La Castilla (Cabecera)
5802	El Pato	6202	Las Palmas
5803	El Porvenir	6203	Los Limones
5804	El Pajuil	6204	Montañitas
5900	FELIDIA	6205	Las Brisas
5904	Felidia (Cabecera)	6206	El Futuro - Gorgona
5902	La Esperanza	6207	El Pinar
5903	Las Nieves	6300	LA PAZ
5905	El Diamante	6301	La Paz (Cabecera)
5906	El Cedral	6302	El Rosario
5908	La Soledad	6303	Lomitas
6000	EL SALADITO	6400	MONTEBELLO
6001	El Saladito (Cabecera)	6401	Montebello (Cabecera)
6002	San Antonio	6402	El Aguacatal
6003	San Pablo	6403	Campoalegre
6004	San Miguel	6500	GOLONDRINAS
6005	Montañuelas	6501	Golondrinas (Cabecera)
6006	El Palomar	6502	Filo - Laguna
6007	Las Nieves del Saladito	6503	La María
6100	LA ELVIRA	6599	Santa Mónica - Chipichape
6101	La Elvira (Cabecera)		
6102	Los Laureles		
6103	Alto Aguacatal		
6104	Kilometro 18 (Vía al Mar)		

Fuente: Cali en Cifras 2011

Población Total

Desde el punto de vista demográfico la ciudad de Cali muestra un crecimiento de los últimos años con un promedio del 3.2% anual. Este crecimiento es consecuencia de varios factores, uno de ellos, el más importante, y que es característico en toda su historia, es el proceso migratorio.

Los procesos de urbanización del municipio generaron un incremento acelerado de la población unida a cambios asociados a tasas de mortalidad y natalidad propios de una sociedad en desarrollo; en tal sentido la tasa de crecimiento poblacional disminuyó generando la transición demográfica.

Entre los censos de 1993 y 2005 Cali presentó un crecimiento del 1,2% anual, por debajo de lo registrado en los censos previos aunque se espera un crecimiento de 7,7% hasta el año 2015. Entre 1973 y 1993 la ciudad duplicó su población, sin embargo de acuerdo con la reducción de la tasa de crecimiento del último período intercensal (1,2%) se prevé que de continuar esa tendencia Cali duplicará su población en 72 años.

Tabla 3. Proyecciones de población según total, cabecera y resto en Cali: 2009 – 2015

Descripción	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TOTAL CALI	2,219,714	2,244,639	2,269,630	2,294,643	2,319,655	2,344,703	2,369,829
Cabecera	2,183,055	2,207,994	2,232,996	2,258,017	2,283,035	2,308,086	2,333,213
Comuna 1	72,172	74,729	77,348	80,028	82,768	85,569	88,432
Comuna 2	103,781	105,499	107,256	109,050	110,879	112,746	114,651
Comuna 3	45,743	45,843	45,949	46,057	46,169	46,283	46,400
Comuna 4	55,358	55,012	54,673	54,339	54,011	53,687	53,369
Comuna 5	106,425	107,379	108,332	109,280	110,221	111,157	112,089
Comuna 6	179,401	181,165	182,922	184,668	186,402	188,124	189,837
Comuna 7	74,438	73,913	73,393	72,876	72,360	71,846	71,334
Comuna 8	101,226	101,400	101,585	101,777	101,974	102,177	102,388
Comuna 9	47,243	46,848	46,462	46,083	45,712	45,349	44,994
Comuna 10	108,206	108,639	109,078	109,520	109,962	110,407	110,854
Comuna 11	103,698	104,302	104,910	105,518	106,125	106,731	107,339
Comuna 12	67,937	67,751	67,571	67,394	67,221	67,049	66,881
Comuna 13	175,339	175,688	176,056	176,437	176,827	177,228	177,641
Comuna 14	161,427	163,405	165,342	167,237	169,091	170,909	172,696
Comuna 15	140,379	143,612	146,818	149,995	153,144	156,267	159,369
Comuna 16	100,915	101,974	103,028	104,075	105,113	106,145	107,170
Comuna 17	120,540	123,676	126,835	130,014	133,211	136,428	139,665
Comuna 18	110,038	113,474	116,966	120,510	124,105	127,752	131,453
Comuna 19	107,200	108,156	109,115	110,074	111,032	111,989	112,947
Comuna 20	67,242	67,587	67,934	68,283	68,631	68,980	69,331
Comuna 21	99,117	101,550	103,879	106,113	108,261	110,332	112,336
Comuna 22	9,435	9,718	10,003	10,290	10,578	10,868	11,160
Otros ¹	25,794	26,677	27,545	28,399	29,238	30,064	30,876
Resto	36,659	36,645	36,634	36,626	36,620	36,617	36,616
Navarro	1,078	1,048	1,018	990	961	933	906
El Hormiguero	3,914	3,899	3,884	3,867	3,849	3,830	3,811
Pance	1,707	1,666	1,626	1,586	1,547	1,508	1,470
La Buitrera	5,664	5,846	6,032	6,222	6,417	6,615	6,818
Villacarmelo	925	916	907	898	888	878	869
Los Andes	4,366	4,412	4,458	4,503	4,547	4,591	4,633
Pichinde	726	713	699	686	672	659	646
La Leonera	653	628	603	580	557	535	514
Felidia	1,568	1,530	1,492	1,455	1,418	1,381	1,346
El Saladito	1,118	1,080	1,043	1,007	972	938	904
La Elvira	1,175	1,154	1,132	1,111	1,090	1,069	1,048
La Castilla	941	936	930	924	918	912	905
La Paz	724	703	683	663	643	624	605
Montebello	9,074	9,074	9,072	9,067	9,059	9,049	9,037
Golondrinas	3,025	3,040	3,055	3,069	3,082	3,094	3,106

Fuente: Cali en Cifras 2011

Población por Grupos de Edad y Sexo

Las proyecciones de población para el municipio de Cali estiman para el año 2015 contar con 2.369.829 habitantes según la tabla anterior. Para el 2012 la estimación fue de 2.294.653 de habitantes, de los cuales 1.097.219 eran hombres y 1.197.434 mujeres. En cuanto a la edad, la población entre 15 y 19 años representó el mayor número de habitante con 202.169.

Tabla 4. Proyecciones de población por grupos de edad y sexo en Cali: 2010 – 2012

Edad	2010			2011			2012		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	2,244,538	1,073,426	1,171,110	2,289,532	1,085,288	1,184,244	2,294,653	1,097,219	1,197,434
0 - 4	178,585	90,294	88,271	178,647	90,500	88,147	178,625	90,512	88,113
5 - 9	180,107	90,870	89,237	178,578	90,206	88,372	178,066	90,158	87,908
10 - 14	194,895	98,844	96,051	193,092	97,770	95,322	190,686	96,418	94,268
15 - 19	202,067	102,770	99,297	202,533	103,016	99,517	202,169	102,780	99,389
20 - 24	198,509	99,536	98,973	199,722	100,566	99,156	201,482	101,684	99,798
25 - 29	193,813	93,838	99,975	195,755	95,244	100,511	196,810	96,335	100,275
30 - 34	174,289	83,401	90,888	178,194	85,292	92,902	181,998	87,179	94,819
35 - 39	155,070	73,860	81,410	156,732	74,550	82,182	160,250	76,210	84,040
40 - 44	156,011	72,223	83,788	155,007	71,923	83,084	153,729	71,605	82,124
45 - 49	150,875	68,968	81,907	153,052	70,018	83,034	153,611	70,239	83,372
50 - 54	124,397	55,228	69,169	129,640	57,672	71,968	134,913	60,259	74,654
55 - 59	98,460	43,461	54,999	102,833	45,126	57,507	107,033	46,889	60,144
60 - 64	75,049	32,991	42,058	78,627	34,422	44,205	82,290	35,885	46,405
65 - 69	55,115	24,020	31,095	57,298	24,920	32,378	60,280	26,057	34,223
70 - 74	44,706	18,231	26,475	44,792	18,336	26,456	45,364	18,702	26,662
75 - 79	31,607	12,542	19,065	33,220	12,909	20,311	34,606	13,267	21,339
80 y +	33,001	12,549	20,452	34,010	12,818	21,192	34,941	13,040	21,901

Fuente: Cali en Cifras 2011 - Proyecciones de población municipal 2005-2020 / DANE

Estratificación Socioeconómica

La clasificación por estrato según lados de manzana para el año 2010 muestra 30% en estrato bajo seguido de estrato medio- bajo (30.6%) mientras el estrato alto corresponde a 1.94%.

Tabla 5. Distribución de lados de manzana por estrato. Municipio de Santiago de Cali. 2010

	Estrato	Lados de Manzana	
		Número	%
	TOTAL	40,055	100.00
1	Bajo - Bajo	8,584	21.43
2	Bajo	12,647	31.57
3	Medio - Bajo	12,261	30.61
4	Medio	2,889	7.21
5	Medio - Alto	2,897	7.23
6	Alto	777	1.94

Fuente: Subdirección de Desarrollo Integral / DAP

Tabla 6. Distribución de lados de manzana por estrato por comuna. Municipio de Santiago de Cali. 2010

Comuna	Estrato						Total	Estrato Moda
	1	2	3	4	5	6		
Total	8,584	12,647	12,261	2,889	2,893	777	40,051	2
01	688	353	2	1	-	3	1,047	1
02	92	22	157	853	1,007	219	2,350	5
03	63	129	739	22	46	1	1,000	3
04	68	786	739	2	-	-	1,595	2
05	1	36	1,440	54	-	-	1,531	3
06	109	1,911	266	-	-	-	2,286	2
07	112	624	787	11	-	-	1,534	3
08	3	557	1,719	-	-	-	2,279	3
09	130	254	909	-	-	-	1,293	3
10	-	123	1,605	312	-	-	2,040	3
11	5	535	1,388	2	-	-	1,930	3
12	-	551	730	1	-	-	1,282	3
13	803	1,962	305	-	-	-	3,070	2
14	2,129	893	-	-	-	-	3,022	1
15	760	1,037	403	-	-	-	2,200	2
16	102	1,492	4	124	-	-	1,722	2
17	-	9	339	500	927	102	1,877	5
18	676	541	563	21	1	-	1,802	1
19	24	104	105	986	882	97	2,198	4
20	1,511	247	59	-	-	-	1,817	1
21	1,308	467	2	-	-	-	1,777	1
22	-	14	-	-	30	355	399	6

Fuente: Subdirección de Desarrollo Integral / DAP

Al analizar la moda por comuna para el municipio esta corresponde a la 2; sin embargo se encuentra para el estrato 6 en la comuna 22, en el estrato 5 las comunas 2 y 17, en el estrato 4 la comuna 19 mientras el estrato 1 se reporta como moda en las comunas 1, 14, 18, 20 y 21 13,15 y 16 y el estrato 2 en la 4, la 6, 13,15 y 16 y el resto de las comunas corresponde a la 3.

Empleo

Desde el año 2005 al 2011 la población en edad para trabajar, así como también la población económicamente activa estuvo en crecimiento. Sin embargo desde el año 2007 aumento en un 36.28%.

Fuerza de trabajo y tasas

Tabla 7. Promedio (enero - diciembre 2005-2011)

Descripción	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Población total	2,164	2,191	2,218	2,245	2,272	2,299	2,326
Población en edad de trabajar	1,707	1,736	1,767	1,797	1,827	1,856	1,884
Población económicamente activa	1,154	1,130	1,155	1,171	1,237	1,253	1,223
PEA ocupada	1,005	984	1,025	1,030	1,069	1,080	1,035
PEA desocupada	150	146	130	141	168	172	188
Población económicamente inactiva	552	607	611	626	590	603	662
Subempleados	405	421	470	414	473	475	349
Coefficiente de empleo	58.9	56.7	58.0	57.3	58.5	58.2	54.9
Tasa de desempleo	13.0	12.9	11.3	12.0	13.6	13.7	15.4
Tasa de participación global	67.6	65.1	65.4	65.2	67.7	67.5	64.9
Tasa de participación bruta	53.3	51.6	52.1	52.1	54.4	54.5	52.6
% PET / PT	78.9	79.2	79.6	80.0	80.4	80.7	81.0
Tasa de subempleo	35.1	37.2	40.7	35.3	38.3	37.9	28.5

Fuente: ECH 2001-2006 /DANE, GEIH 2006-2008 &DANE, Cálculos DAP

5.3.1.3 EPS – Reseña / Antecedentes

Comfenalco Valle

Historia

Por más de 50 años en Colombia las Cajas de Compensación Familiar han acompañado a los trabajadores y empresas colombianas en la administración de recursos destinados para su bienestar y desarrollo. Nuestro crecimiento va de la mano de la gente.

Nació como Caja de Compensación Familiar en 1957, con el fin de administrar los recursos del Sistema de Subsidio Familiar, creado para aliviar la carga económica de las familias de los trabajadores de la región.

Hoy, el crecimiento se ve reflejado en la variedad de servicios que le ofrecen a todos sus afiliados y no afiliados en el Valle del Cauca. Conscientes de este gran compromiso, hace presencia en todo el Departamento, con instalaciones que responden a las necesidades de sus clientes y un servicio que ofrece soluciones ágiles y oportunas.

Esta historia le permite seguir haciendo realidad el propósito de brindar oportunidades para el diario vivir de la familia en el Departamento. Valora el trabajo de sus afiliados y piensa en la gente, por eso día a día se esfuerza para ofrecer servicios de calidad y atención cálida y efectiva.

Filosofía

Comfenalco Valle entiende que cada día es una oportunidad para aportarle a la vida de los vallecaucanos, por eso se siente orgulloso de ser una Corporación que genera bienestar social a la comunidad y promueve el desarrollo integral de la gente.

Aporta a la felicidad de las familias a través de los servicios sociales de Educación, Cultura, Vivienda, Recreación, Turismo y Responsabilidad Social Empresarial, así como de los recursos del Subsidio Familiar Integral, Subsidio Familiar Monetario y Subsidio al Desempleo.

Su EPS sirve a los afiliados prestándoles servicios con reconocidos estándares de calidad para nuestra IPS, Medicina Estética y Medicina Pre-pagada con sus planes Íntegra y UHCM - (Urgencias, Hospitalización, Cirugía y Maternidad).

En Servicios Financieros entrega oportunos créditos de consumo. La agilidad en su aprobación y la flexibilidad para el pago de las cuotas, identifican su producto. Asimismo, ofrece un excelente servicio de medicamentos a través de las Droguerías Comfenalco Valle. La rapidez del domicilio y la diversidad de productos para el cuidado personal, la salud, bebidas y alimentos, hacen que sus Droguerías estén dentro de las preferidas de los vallecaucanos.

Nuestra Calidad

La Caja de Compensación Familiar, Comfenalco Valle, se encuentra certificada en su Sistema de Gestión de Calidad (SGC) por Bureau Veritas en el cumplimiento de la Norma ISO 9001:2008.

Su camino del SGC arrancó el 24 de julio de 2007, con el apoyo y trabajo de los líderes de los procesos asociados, alcanzando la certificación el 27 de octubre de 2009.

La Alta Dirección de Servicios Caja decidió incursionar en el proceso de implementación y mantenimiento del SGC, por lo cual adquirió un compromiso serio, facilitando las herramientas y recursos necesarios para lograr dicho objetivo. Buscando el beneficio para sus clientes externos e internos, compromiso que se enmarca en la política y objetivos de calidad.

Servicios de Salud

La Caja de Compensación Familiar, Comfenalco Valle, tiene amplia experiencia en el manejo y administración de salud para los vallecaucanos.

Copagos: Son aportes en dinero que deben realizar exclusivamente los Afiliados beneficiarios del Plan Obligatorio de Salud POS, de acuerdo con el Ingreso Base de Cotización del Afiliado Cotizante. Los valores de los Copagos corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

Los servicios a los que se aplicará Copagos son:

- Hospitalización y Cirugía.
- Procedimientos Ambulatorios.
- Exámenes diagnósticos diferentes a laboratorio clínico e imagenología simple.
- Complementación Terapéutica.
- Tratamiento Odontológico.

Y todos los demás servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, con excepción de:

- Servicios de promoción y prevención.
- Programas de control en atención materno infantil.
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
- Enfermedades catastróficas o de alto costo.
- Atención inicial de urgencias y aquellos servicios sujetos al cobro de Cuotas Moderadoras.

Cuotas Moderadoras Son aportes en dinero que deben realizar los Afiliados Cotizantes y Beneficiarios del Plan Obligatorio de Salud POS, de acuerdo con el ingreso Base de Cotización del Afiliado Cotizante.

Información Importante

Cuando el usuario manifieste incapacidad de pago, recuerde que la cuota moderadora y/o el copago no deben constituir barrera de acceso a los servicios. Consulte con su superior inmediato.

Los valores de estas cuotas son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social y tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por la EPS.

Los servicios a los que se aplicará pago de Cuotas Moderadoras son:

- Consulta externa: medicina General, Medicina Especializada, odontológica u otros profesionales de la salud.

- Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta.
- Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico e imagenología ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta.
- Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

Tabla 8. Instituciones Prestadoras de Salud

Red Plan Obligatorio de Salud (POS)		
Nombre prestador	Servicio	Dirección
ANGEL DIAGNOSTICO S.A	SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO	AV. DEL RIO # 22N-19
ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE S.A	SERVICIOS DE DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	AV 5 AN No. 17N - 98 PISO 11
CARLOS CUELLO Y CIA	SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO	AVENIDA 5 No. 20N-75
CARLOS ENRIQUE FONSECA	SERVICIOS DE CIRUGIA ORAL	CALLE 5 B5 38 BIS-64 TORRE C CONS.205
CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A	SERVICIOS DE GENERAL ADULTOS	CARRERA 38A 5A - 100
CLINICA DE OCCIDENTE S.A	SERVICIOS DE GENERAL ADULTOS	CALLE 18N No. 5N-34
CLINICA FARALLONES S.A SEDE KRA 46	SERVICIOS DE GENERAL ADULTOS	CALLE 9C No. 50-25
CLINICA LOS ANDES. CIRUGIA ENDOSCOPICA LASER S.A	SERVICIOS DE GENERAL ADULTOS	CARRERA 39A No. 5D-106
CLINICA SIGMA	SERVICIOS DE OFTALMOLOGÍA	AVENIDA 3N No. 35N-10
CLINICA VERSALLES S.A	SERVICIOS DE GENERAL ADULTOS	AV. 5AN No. 21N-07
CLINICA VERSALLES S.A -SEDE SAN MARCOS	SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL	TRANSVERSAL 103 CALLE 95
COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	SERVICIOS DE GENERAL ADULTOS	CL 6 No.6-62 TORRE B
CORPORACION COMFENALCO VALLE UNI.LIBRE	SERVICIOS DE GENERAL ADULTOS	CL 25NTE No.2BN-17
FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	SERVICIOS DE GENERAL PEDIÁTRICA	CALLE 5 No. 22 - 76
FUNDACION DE SERVICIO INTEGRAL DE LA MUJER SI MUJER	SERVICIOS DE GENERAL ADULTOS	CL. 19 N No 3N-50
FUNDACION VALLE DEL LILI	SERVICIOS DE GENERAL ADULTOS	CARRERA 98 No.. 18-49
GAMANUCLEAR LTDA	SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL	AVENIDA 2 CN # 24-120 CONS: 202
MEDINUCLEAR DEL VALLE LTDA	SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL	CARRERA 46 # 9C-85
OPTICA DEL NORTE LTDA	SERVICIOS DE OPTOMETRÍA	CALLE 15N 6N - 50
RED DE SALUD DEL CENTRO - ESE	SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL	KR. 16A No. 33D-20
RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E	SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL	CL.72 U KRA 28E 00
SEDE NORTE - SERSALUD S.A	SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL	AVENIDA 3NTE No. 45N-89
SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD LTDA-SERINSA	SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL	CARRERA 8 52-164
SERVIMEDIC QUIRON S.A.S (SEDE SUR)	SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL	CARRERA 64A No. 12A-49
SINERGIA GLOBAL EN SALUD SAS - CLINICA PALMA REAL	SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL	CR 28 No 44 - 35
UNIVERSIDAD DEL VALLE	SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO	CALLE 5 # 36-08 PI

Fuente: Comfenalco Valle

Comfandi S.O.S

Historia

Para el año 1945, Los Ferrocarriles Nacionales y la Asociación Nacional de Industriales Andi, como respuesta solidaria a la situación económica del país, y en especial la de la clase trabajadora acuerdan dar una ayuda económica para sus trabajadores.

Ocho años después la Andi propone establecer un aporte obligatorio a las empresas para el pago del subsidio familiar monetario.

En 1957, se crean las Cajas de Compensación Familiar para que reciban aportes de las empresas y los redistribuyan a los afiliados en dinero y en servicios.

Comfandi inició labores con 277 empresas afiliadas; para el año de 1964, mediante el decreto ley 2937 el gobierno autorizó a las Cajas de Compensación Familiar invertir sus remanentes del subsidio en obras de beneficio social.

En 1966 se inaugura el primer centro de atención de salud en San Nicolás.

Durante el año 2009 se consolidaron de manera exitosa los procesos de integración y consolidación horizontal con las corporaciones de Palmira (ComfaUnión) y Tuluá (Comfamiliar Tuluá); así como, la habilitación de la sede de Comfandi en el municipio de Buenaventura, donde se prestan servicios de salud nivel I en dos IPS Centro y Galeón); se tienen tres, donde se atienden los convenios de dispensación de medicamentos a los usuarios de la EPS SOS y de la Nueva EPS.

En el 2009 En el área de salud, se concretó la participación de Comfandi como accionista en la Nueva EPS con otras Cajas de Compensación Familiar, se entregó al servicio la IPS Torres de Comfandi al nororiente de la ciudad de Cali, se dio inicio al proyecto de la Nueva Clínica Comfandi al sur de la ciudad, la cual se espera desarrollar en un período de 5 años.⁸

⁸ Comfandi. Informe Anual del 12 de Septiembre de 2012

Servicio Occidental de Salud

Servicio Occidental de Salud S.O.S, es una Entidad Promotora de Salud, actor dentro del sector del sistema general de la seguridad social en salud, con una clara vocación de servicio y responsabilidad social en salud para la prestación del plan obligatorio de salud y los planes de atención complementaria.

Fue creada en el año de 1995 por las cajas de compensación familiar del suroccidente colombiano, quienes con una experiencia superior a 35 años aportan al bienestar integral de la población colombiana en sus diferentes servicios y con la puesta en marcha de la ley 100 de 1993 decidieron continuar generando impacto social positivo sobre la comunidad, particularmente en el aseguramiento de la población y la prestación de servicios de salud

A través de un modelo de atención moderador de riesgos brinda acompañamiento a sus afiliados para ayudarlos a cuidarse a sí mismos y a sus familias, garantizando el incremento de años de vida saludable.

Como entidad promotora de salud S.O.S, se encuentra sometido a la vigilancia y control de la Superintendencia Nacional en Salud entre fiscalizador de los servicios de salud en el país.

Con una clara vocación de servicio y responsabilidad social trabaja para brindar atención integral a través de información, orientación, educación, promoción, prevención y fomento de la salud, así mismo cuenta con una amplia red de IPS con altos estándares de calidad, tecnología de avanzada y un talento humano comprometido con el bienestar de sus afiliados.

Misión

En Servicio Occidental de Salud EPS valoramos la tranquilidad de nuestros afiliados, familias, empresas y comunidad, acompañándolos en el cuidado integral de la salud con calidad y calidez, en alianza con las mejores instituciones y profesionales de la salud, con un excelente equipo humano, el respaldo y la confianza de nuestros accionistas, contribuyendo al desarrollo de una Colombia más saludable, productiva y equitativa para todos.

Visión

Ser excelente en el cuidado integral de la salud de nuestros afiliados y sus familias, logrando que sean los más satisfechos, sanos y productivos del país.

Tabla 9. Instituciones Prestadoras de Salud Nivel 1

Comfandi Alameda

Cll. 5 No 23B - 03
5141474 – 5587565

Comfandi Calipso

Cra. 28D3 No 70 - 18
4379582 - 4379584 – 4264470

Comfandi Ciudadela

Cra. 83C No. 30-31
3323391 – 3323369

Comfandi Torre

Cra. 1 No 56-90
6841000

Comfandi Pasoancho

Cll. 13 No 78 - 06
6841000

Comfandi San Nicolás

Cll. 21 No 7 - 25
6851414 - 6852666

Comfandi El Prado

Cra. 23 No 26B - 46
3340000

Comfandi Santa Rosa

Cll. 8 No 8 - 13
8841194 – 8854862

Comfandi Morichal

Cll. 54 No 45 - 25
3289925 – 3289926

Tabla 10. Servicios Comfandi

		ESTRATO	INGRESO	VALOR MAXIMO POR		
			BASE DE	SERVICIO		
			COTIZACION			
CUOTAS MODERADORAS	SERVICIOS Consulta Externa médica, odontología, paramédica y de medicina alternativa, consulta externa por médico especialista, formula de exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, exámenes de diagnóstico por imagenología, atención de urgencias no vitales.	A	Menor a 2 S.M.M.L.V. (*)	\$ 2.400		
		B	De 2 a 5 S.M.M.L.V. (*)	\$ 9.500		
		C	Mayor a 5 S.M.M.L.V. (*)	\$ 24.900		
COPAGOS(**)	SERVICIOS Tratamiento odontológico, laboratorio clínico e imagenología ambulatoria nivel II, III Y IV, lentes para anteojos, terapias, tratamientos ambulatorios, hospitalarios, quirúrgicos y no quirúrgicos.	ESTRATO	INGRESO SALARIAL	% VALOR DEL SERVICIO	VALOR MAXIMO POR EVENTO (1)	VALOR MAXIMO POR USUARIO AÑO (2)
		A	Menor a 2 S.M.M.L.V. (*)	11.50%	\$ 176.792	\$ 354.200
		B	De 2 a 5 S.M.M.L.V. (*)	17.30%	\$ 708.400	\$ 1.416.800
		C	Mayor a 5 S.M.M.L.V. (*)	23.00%	\$ 1.416.800	\$ 2.833.600

Sura

Historia

El 31 de enero de 1990 nació la Compañía Suramericana de Servicios de Salud, SUSALUD, como una empresa de Medicina Pre-pagada. Más adelante, el 16 de marzo de 1995 recibió su aprobación como Entidad Promotora de Salud (EPS) y comenzó su participación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, a raíz del surgimiento de la Ley 100 de 1993. A partir de 2009 SUSALUD cambia de marca y se convierte en EPS SURA.

EPS SURA como Entidad Promotora de Salud ofrece los servicios de POS y Planes Complementarios de Salud.

A través de la Compañía de Servicio de Salud IPS Suramericana S.A., la EPS cuenta con divisiones asistenciales para apoyar su gestión con entidades como: IPS Punto de Salud, Dinámica IPS, Salud en Casa, Punto de Vista y Consultoría en riesgos profesionales.

Propuesta de valor

Comprometidos con la mejor solución para sus afiliados y aportantes, garantizándoles la más adecuada prestación de los servicios de salud, orientados hacia el mejoramiento de su calidad de vida. Adicionalmente, brindando agilidad y fluidez en los procesos operativos.

Enmarcado en cinco principios.

- Gestionar la prestación de los servicios requeridos por nuestros afiliados de acuerdo con sus necesidades en salud y las condiciones definidas en el POS.
- Dar respuestas ágiles y oportunas a las solicitudes de nuestros afiliados y aportantes, para facilitar el acceso a los servicios, y brindar agilidad y fluidez en los procesos operativos.
- Acompañar a nuestros clientes prestándoles un servicio con trato digno, respetuoso y cálido.
- Disponer de una amplia red de prestadores de servicios con calidad y eficiencia.
- Enfocar nuestra gestión en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, buscando el bienestar de nuestros afiliados.

Servicios

Tabla 11. Tipo de prestación de servicios Sura

Tipo de Prestación	Detalle de Prestación
Otras actividades e insumos	Oxígeno
	Transporte en ambulancia
	Componentes Sanguíneos
	Lentes
	Terapias físicas, del lenguaje y ocupacionales
Hospitalización	Hospitalización para manejo médico y/o quirúrgico
Consultas médicas y odontológicas	Consulta médico general
	Consulta médica urgente
	Consulta especialidades básicas
	Consulta otras especialidades
Nivel básico y atención domiciliaria	Procedimientos menores
	Actividades de promoción y prevención
	Actividades de salud oral
	Atención domiciliaria
Procedimientos diagnósticos	Procedimientos de nefrología y urología
	Procedimientos de neumología
	Procedimientos medicina física y rehabilitación
	Procedimientos de neurología
	Procedimientos de oftalmología
	Procedimientos de otorrinolaringología
	Biopsias
	Ecografía
	Laboratorio clínico
	Medicina nuclear
	Radiología
	Resonancia nuclear magnética
	Tomografía
	Vasculares no invasivos
	Otros procedimientos
Anatomopatológicos	
Procedimientos intervencionistas	
Endoscopias diagnósticas y terapéuticas	Endoscopias diagnosticas
	Endoscopias terapéuticas
Procedimientos quirúrgicos	Cirugía de la mano
	Cirugía de tórax
	Cirugía ginecobstetricia
	Cirugía general
	Cirugía nefrología y urología

Cirugía Oral y maxilofacial
Cirugía plástica
Cirugía en oftalmología
Cirugía en ortopedia y traumatología
Cirugía en otorrinolaringología
Cirugía cardiovascular
Cirugía neurocirugía
Cardiología, hemodinámica y electrofisiología

Tipo de Prestación⁹	Detalle de Prestación
Alto Costo	Diálisis y hemodiálisis
	Trasplante de córnea, riñón, corazón y medula ósea
	Tratamiento para el cáncer: radioterapia y quimioterapia
	Reemplazos articulares de cadera, rodilla y otros
	Cirugía de enfermedades congénitas
	Manejo en unidad de cuidados intensivos
Medicamentos Ambulatorios	Programas especiales
	Antigotosos y uricosuricos
	Antihistamínicos
	Antiinflamatorios no esteroideos
	Cardiovascular no renal
	Gastrointestinal y metabolismo
	Metabolismo
	Hormonas y reguladores hormonales
	Órganos de sentidos
	Piel y mucosas
	Respiratorio
	Sistema hematopoyético
	Sistema nervioso central y periférico
	Vitaminas -minerales y nutrientes
	Medicamentos hospitalarios
	Cancer
	Sida
Otros POS de uso especializado	
Otros POS	

Tabla 12. Ubicación IPS Sura

IPS	TIPO IPS	DIRECCION	NIVEL ATENCION
IPS SURA PASO ANCHO	IPS BÁSICA	Carrera 50 # 12A	PRIMER NIVEL
IPS SURA LA FLORA	IPS BÁSICA	Calle 38 Norte # 4N-102	PRIMER NIVEL
SALUD EN CASA CALI	IPS BÁSICA	Calle 38 Norte # 4N-102	PRIMER NIVEL
IPS PROFAMILIA AGUABLANCA	IPS BÁSICA	Carrera 28E # 72V-64	PRIMER NIVEL
REGIONAL OCCIDENTE - CALI	REGIONAL	Calle 64 norte No 5B-146 Centro Empresa, Locales 44-45	REGIONAL

Coomeva**Historia**

Coomeva, consecuente con su misión corporativa para con el Estado, la sociedad, sus asociados y familiares, no se mantuvo indiferente al reto planteado por la Ley 100, constituyendo la creación de Coomeva EPS S.A. en la Asamblea Ordinaria de Delegados celebrada en Rionegro el 4 de marzo de 1995.

Para el 1 de agosto de 1995, Coomeva EPS abrió sus puertas al servicio de los caleños y más adelante al servicio de los colombianos.

1996 - 2001

En 1996 el crecimiento de Coomeva EPS se hace notar, superando la cifra propuesta de 156.600 afiliados por 202.272 afiliados en el Régimen Contributivo.

En 1997 se comenzaron las primeras aplicaciones de nuestros modelos conceptuales y planes institucionales; se atendía una población de 444.535 afiliados presentes en el Atlántico, Santander, Antioquia, Cundinamarca, Bogotá D.C., Risaralda, Quindío, Valle del Cauca, Nariño, Cauca, Caquetá y la Guajira, mediante tres sucursales en las principales ciudades del país: Cali, Medellín y Bogotá.

1998 fue la consolidación de la operación, desarrollando una nueva plataforma informática que respondía al gran crecimiento poblacional con 671.510 afiliados en el Régimen Contributivo. Se instalaron nuevas unidades de atención tales como Mushaisa en la Guajira; en los Ingenios del Valle del Cauca donde se tenía la mayor población cotizante y en Medellín con la Clínica Sommer, Clínica Las Américas, Clínica El Prado y Clínica Conquistadores.

En 1999 se inicia una nueva etapa con el Software COOEPS Siglo XXI desarrollado por la misma EPS. Éste se convierte en una plataforma de gran ayuda para la operación de la empresa, que tenía el reto de manejar la información de 841.941 afiliados en el Régimen Contributivo en cuatro Sucursales en las ciudades principales del país (Cali, Medellín, Bogotá y Barranquilla).

En el año 2000 se contaba con una población de 1.294.402 afiliados en el Régimen Contributivo y presencia en más de 650 municipios del país mediante 30 oficinas.

En cuanto a su Administración se rediseñó la “carta de navegación” de la EPS para los siguientes cinco años, y se adoptó el Modelo de Desarrollo Organizacional, bajo la premisa: “la calidad es la base de nuestra competitividad”.

En el 2001 Coomeva EPS se consolidó como la segunda EPS privada en el Régimen Contributivo, con una población de 1.335.203 afiliados en 692 municipios del país. Se desarrolló el Software E-Case, ahora Atentos Coomeva, para la recepción de la voz del cliente. Además en la búsqueda de la estandarización de la imagen con la imagen corporativa de Coomeva, se realizó el cambio del logo y slogan: “Somos su opción en salud”

2002 – 2005

En el 2002 se consolidaron territorialmente dos Zonas, el Eje Cafetero y el Nororiente del país, para atender un total de población de 1.506.048 afiliados en 756 municipios colombianos. Por otro lado, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas selecciona a Coomeva EPS como la mejor Entidad Promotora de Salud; se desarrolló el sitio virtual EPS Online, ahora Coeeps Siglo XXI versión 2 y se trabajó en el Código de Buen Gobierno Corporativo.

El año 2003 Coomeva EPS continuó consolidándose en el sector de la Seguridad Social en Salud, con una población de 1.789.023 afiliados con una presencia en 882 municipios del país. Además en la búsqueda en la recordación de marca se realizó nuevamente el cambio del logotipo.

Se implementó el software Ciklos con el fin de ofrecer una información ágil y amigable en las UBA, Unidades de Atención Básica.

En el 2004 según el estudio realizado por la Revista Dinero y la firma de investigación Invamer Gallup, Coomeva EPS se consolidó como Top of Mind entre las Entidades Promotoras de Salud, es decir, la marca más recordada por los colombianos. Además, fue la primera Entidad Promotora de Salud que obtuvo la Certificación de Calidad ISO 9001:2000 en todos sus procesos.

En este año se implementó el Sistema de Gestión Integral en las ECOR, Empresas de Corretaje y en las IPS, Instituciones Prestadoras de Salud; se logró un crecimiento poblacional del 11% frente a lo presupuestado con 2.065.489 afiliados en 912 municipios del país con 31 oficinas y 64 puntos de atención.

En el 2005 la EPS cumplió una década brindando los servicios de salud a las familias colombianas, construyendo sueños que han sido posibles gracias a la confianza que 2.390.143 afiliados en 957 municipios han depositado día a día en nuestra Organización, ofreciéndonos la oportunidad de continuar con la consecución de las metas trazadas. Se mantuvo la Certificación de Calidad ISO 9001:2000.

Adicionalmente el Ministerio de la Protección Social seleccionó a la EPS para llevar cabo el proyecto piloto de la Acreditación y la Bolsa de Valores nombró a la EPS como una de las 15 empresas colombianas que avanzó hacia los estándares de calidad más altos en la aplicación del Código del Buen Gobierno.

2006 – 2009

Para el 2006 Coomeva EPS continuaba ofreciendo servicios de salud a sus afiliados realizando más de 6 millones consultas médicas y más de un millón y medio de actividades de prevención odontológica entre otros servicios asistenciales. Siendo la segunda EPS privada más grande, con una población total de 2.612.276 afiliados en 1036 municipios de Colombia.

En el 2007 La EPS fue invitada a la Reunión Nacional de Salud Materna y Perinatal del Ministerio de la Protección Social en noviembre de 2007. Participó con la ponencia “Consolidación de un Sistema de Vigilancia Activa de la Morbimortalidad Materna y Perinatal en Coomeva EPS para el Mejoramiento de la Calidad”. Esta presentación fue ampliamente reconocida por los participantes, entre ellos, la Organización Panamericana de la Salud - OPS; el Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA; EPS, ARS y Entes Territoriales, dado que en ella se plasman los logros que en materia de la salud materna y perinatal ha tenido la EPS en el cuatrienio 2004 - 2007.

Además se gestionaron diferentes actividades enfocadas al mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Calidad donde el ente certificador (BVQI) recomendó a Coomeva EPS S.A. para continuar con el Certificado de Calidad en ISO 9001:2000.

Adicional a lo anterior, Coomeva EPS fue reconocida por diferentes medios de comunicación por su labor.

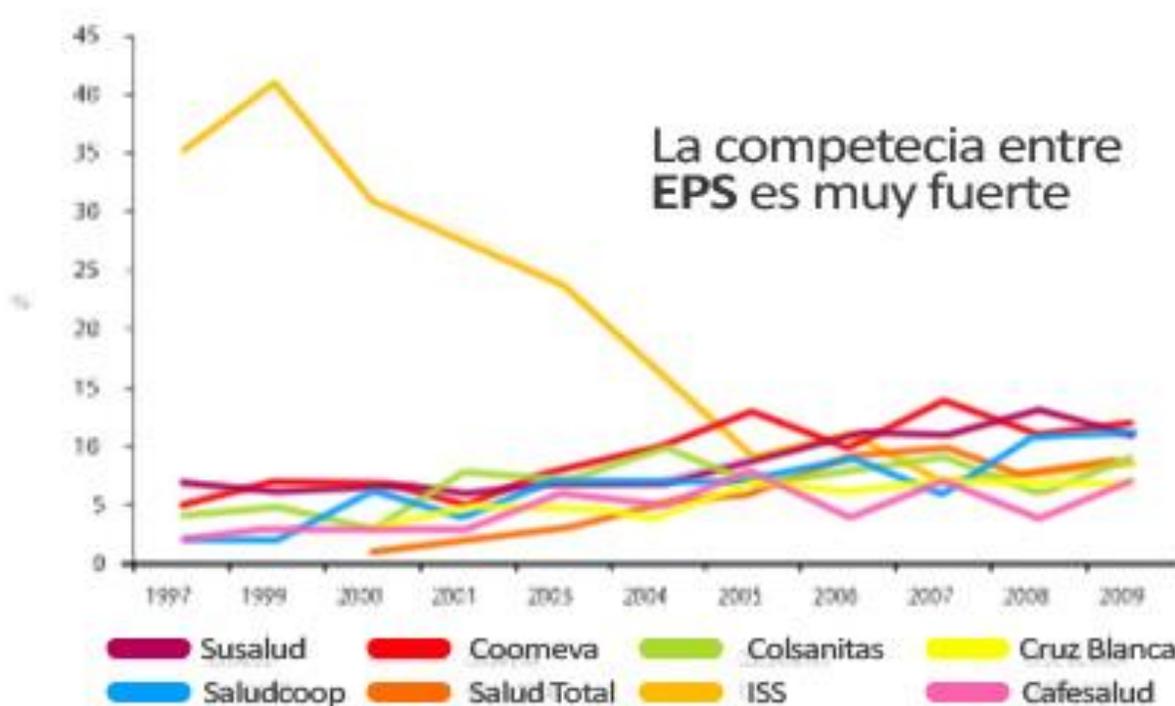
Coomeva EPS en el 2008 se destacó como una de las empresas vallecaucanas de gran impacto en generación de empleo y ventas en el ámbito nacional demostrando una vez más el aporte a la construcción social en nuestro país; fue la segunda EPS con mayor población afiliada entre todas las EPS del Régimen Contributivo. Además demostró que el mejoramiento continuo es una de sus prioridades manteniendo la certificación de calidad ISO 9001:2000 que Boreau Veritas Certification (BVC) otorga.

Además fortaleció su infraestructura en sedes asistenciales en algunas ciudades del país donde se requería priorizar la atención a los usuarios como en las ciudades de Medellín con las

Unidades Básicas de Atención (UBA) Belén, Envigado, Poblado y las Unidades de Prevención Clínica (UPREC) Rionegro y Ayacucho; también en la ciudad de Neiva con la Unidad Básica de Atención (UBA) Neiva; entregándole a la comunidad calidad, comodidad y confort.

En el 2009 Coomeva EPS Obtuvo el primer lugar en recordación de marca (Top of Mind), dentro de las EPS del país. Este trabajo es realizado por la firma Invamer Gallup y la revista Dinero.

Gráfica 4. Análisis de la competencia entre las EPS



Vale la pena resaltar que dos de las revistas más leídas en Colombia reconocen la fortaleza de la marca y el impacto social que tiene Coomeva EPS en nuestro país donde se refleja la contribución social.

2009 - 2011

El 2009 Coomeva EPS tuvo el reconocimiento de los colombianos como la marca EPS más recordada en el país, ocupando el puesto número uno del Top of Mind. Cabe resaltar que la EPS

es la segunda más grande del sector con una participación en el mercado del 15.71% del Sector Salud del Régimen Contributivo.

En cuando a PYP el indicador de mortalidad materna sostuvo un comportamiento por debajo de la cifra del Ministerio de la Protección Social con un 32.2 por cien mil nacidos vivos cifra que demuestra las acciones que se han implementado en la búsqueda de la promoción de la salud. Pero para Coomeva es muy importante los proyectos que le apuntan a la excelencia en el servicio razón por la cual se implementó la Política de la Seguridad “Clarita Segura” reconocida por el grupo de Calidad del Ministerio de la Protección Social con quienes participaron en la creación de la norma de seguridad de la atención en las unidades propias UBA.

Una vez más estas acciones han sido reconocidas por nuestros afiliados satisfechos quienes calificaron a Coomeva EPS con un 85% en la encuesta de satisfacción en cuanto a la calidad general de los servicios. En Coomeva EPS vivimos la promoción de la salud como uno de los principios fundamentales del bienestar.

En 2010 fue un año en el que Coomeva EPS continuó su tendencia de crecimiento en términos de población. A diciembre de ese año tuvo un número de 2.855.141 afiliados, lo que la posicionó como la segunda EPS del país por cantidad de afiliados. Además, consolidó su posición de marca alcanzando el puesto número uno en la encuesta de Top of Mind según la Revista Dinero.

A su vez, la compañía continuó avanzando en la implementación de un Sistema de Administración de Riesgo (SAR) se ha convertido en referente entre las EPS del país, por la calidad de su implementación. En 2010 fue aprobada su Fase II, generando un menor requerimiento de capital, que se tradujo en un ahorro acumulado de \$10.312 millones de pesos.

Durante éste año, fueron aprobados tres proyectos de infraestructura para COOMEVA EPS S.A. por un valor de \$1,248 millones: una unidad asistencial y dos administrativas, éstas últimas, ejecutadas y finalizadas en su totalidad con una inversión de \$291 millones. La unidad asistencial está en ejecución y estima su apertura para el 2011.

En cuanto a los programas de Promoción y Prevención, en el transcurso del año 2010 ingresaron al programa de Salud materno perinatal 51,629 gestantes de las cuales el 36% (18,586) fueron clasificadas como de alto riesgo e intervenidas en los programas de gerenciamiento de riesgo de la red de Coomeva.

En los programas de planificación familiar se realizaron 78,609 consultas de planificación familiar de primera vez, 180,505 consultas de control, se aplicaron 9,402 dispositivos intrauterinos, se hizo entrega de 189,117 ciclos hormonales, se realizaron 12,889 esterilizaciones femeninas. Para hombres se realizaron 24,826 consultas de planificación familiar en hombres y se practicaron 3977vasectomías.

2011 en lo que va corrido del año Coomeva EPS ha sido reconocida como la empresa de aseguramiento obligatorio en salud con mayor recordación de marca según la Revista Dinero*. A su vez, durante este año ha aumentado su población afiliada llegando a un total de 2.949.301 afiliados**.

Misión

Propender por la salud de nuestros afiliados a través de la promoción, la prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación con calidad y calidez en el servicio.

Visión

Ser reconocidos por el Estado colombiano y su población como la EPS que más saludables y satisfechos mantiene a sus afiliados.

Política de Calidad

En Coomeva EPS mejoramos continuamente nuestros procesos y garantizamos la prestación de nuestros servicios con calidad humana.

Objetivos de Calidad

- Lograr la mejora de los procesos que tiene impacto en el cliente-usuario.
- Aumentar la satisfacción de nuestros usuarios mediante la prestación de un servicio humanizado.

Tabla 13. Ubicación IPS

IPS	TIPO IPS	DIRECCION	NIVEL ATENCION
AMIGOS DE LA SALUD AMISALUD S.A.S.	IPS BÁSICA	Carrera 39 # 4A - 45	PRIMER NIVEL
CENTRO MEDICO POR SALUD	IPS BÁSICA	Calle 44 # 25 - 1 PISO 2	PRIMER NIVEL
CLINICA ORIENTE LTDA	IPS BÁSICA	Carrera 12A # 52 - 03	PRIMER NIVEL
CLINICA ORIENTE LTDA	IPS BÁSICA	Calle 5 # 43 - 5	PRIMER NIVEL
GRUPO MEDICO ODONTOLOGICO COLOMBIANO DE SALUD COLSALUD LTDA SEDE I	IPS BÁSICA	Calle 57 # 1J - 14	PRIMER NIVEL
FUNDACION DE ESPECIALISTAS EDIFICIO COOMEVA NORTE IPS	IPS BÁSICA	Calle 23N # 5CN - 56 Oficina 11 - 03	PRIMER NIVEL
FUNDACION PARA LA SALUD UNISALUD SEDE ORIENTE	IPS BÁSICA	Carrera 28F # 72L - 79	PRIMER NIVEL
IPS PROVISALUD LA CASONA	IPS BÁSICA	Carrera 27 # 103 - 71 Local 22	PRIMER NIVEL
SERVIDOC SUR	IPS BÁSICA	Carrera 66 # 11A - 15	PRIMER NIVEL
UNIDAD INTEGRAL EN SALUD (UIS) ORO POS MUTUALES NORTE	IPS BÁSICA	Calle 22N # 6AN - 19	PRIMER NIVEL
UNIDAD INTEGRAL EN SALUD (UIS) ORO POS TEQUENDAMA	IPS BÁSICA	Calle 5C # 42A - 06	PRIMER NIVEL
UNIDAD DE PREVENCIÓN CLINICA ORO POS SUR	IPS BÁSICA	Centro comercial Unicentro Local 133	PRIMER NIVEL
UNIDAD BÁSICA DE ATENCION (UBA) COOMEVA EPS TEQUENDAMA	IPS BÁSICA	Calle 5 # 42 - 06	PRIMER NIVEL
UNIDAD BÁSICA DE ATENCION (UBA) COOMEVA EPS LA 80	IPS BÁSICA	Carrera 80 # 6 - 61	PRIMER NIVEL
UNIDAD BASICA DE ATENCIÓN (UBA) IMBANACO	IPS BÁSICA	Carrera 38A # 5A - 36	PRIMER NIVEL
UNIDAD DE PREVENCIÓN CLINICA (UPREC) FARALLONES	IPS BÁSICA	Calle 9C # 50 - 25 Piso 2	PRIMER NIVEL

SaludCoop

Historia

Desde 1990, y bajo la más genuina filosofía cooperativa, se empezó a gestar la idea de crear una cooperativa que prestara servicios de salud con la mejor calidad humana y técnico científica del país, bajo los principios de equidad e inclusión social.

Tres años después se dio la coyuntura: Se promulgó la Ley 100 de 1993, que reformó radicalmente la seguridad social. Allí confluyeron las voluntades y los visionarios: los principales empresarios del cooperativismo colombiano coincidieron en la necesidad de que estas entidades sin ánimo de lucro se uniesen para lanzar un modelo de atención al alcance de todos los colombianos.

En 1994 se constituye SaludCoop, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo. En 1995, bajo la orientación e impulso del doctor Carlos Palacino Antía, se inició formalmente la afiliación de usuarios, con una clara estrategia social: hacer presencia en municipios apartados y zonas rurales, donde las grandes empresas de salud no querían llegar.

Desde 1996 inicia una amplia labor de ampliación de cobertura en todo el país, incluyendo ciudades pequeñas y municipios, donde la población requería un apoyo en salud cercano y acorde con sus expectativas.

En 1998 se inaugura la primera clínica SaludCoop de alta complejidad en Bogotá, con la cual la EPS inicia el desarrollo de proyectos similares en las principales ciudades del país, en alianza con prestigiosas instituciones. Fruto de esta tarea, hoy están en servicio 36 clínicas al servicio de nuestros usuarios, en las principales ciudades del país.

En el año 2000 SaludCoop incursiona en el campo de la educación, al adquirir el Gimnasio Los Pinos con el ánimo de convertirlo en uno de los primeros colegios del país, tanto en su tecnología y recursos académicos, como en su formación humanística.

Actualmente, este colegio ofrece un conservatorio único en Latinoamérica, aulas inteligentes, biblioteca virtual, software académico 100% multimedia e interactivo, enseñanza del inglés como segunda lengua, y formación deportiva para la alta competencia. Estos recursos están al servicio de los valores y al alcance de más familias colombianas, pues los costos en el colegio son más bajos que en otros de su categoría.

A partir de 2001, SaludCoop lidera la creación de varias empresas de origen cooperativo, cuyas actividades son conexas y complementarias con la prestación de servicios de salud, como confecciones hospitalarias, lavandería, seguridad, informática, comercialización, etc. De esta manera consigue el suministro de bienes y servicios de alta calidad y a un precio razonable, para garantizar la sostenibilidad del sistema y adicionalmente promover el empleo, el bienestar social y el desarrollo socioeconómico del país.

En el año 2002 SaludCoop adquiere a Cruz Blanca EPS, una empresa con más de 500.000 afiliados actualmente. Un año después se formaliza la adquisición de Cafesalud EPS.

Hoy, quince años después de su creación, SaludCoop se ha convertido en un grupo empresarial, y se encuentra entre las 20 empresas más grandes de Colombia, y es la primera en generación de empleo (1). Un ejemplo de iniciativa cooperativa y de gestión transparente.

En el año 2009, las EPS del Grupo SaludCoop continuaron siendo líderes del sector. En promedio durante el año 2009 se compensaron 5.204.034 usuarios del régimen contributivo mensualmente.

En los informes realizados por ACEMI, SaludCoop EPS mantiene su liderazgo como la EPS número uno del ranking de participación en el mercado con el 23,35% de la población activa, seguida por Coomeva y Salud Total.

En este ranking, CAFESALUD EPS y CRUZ BLANCA EPS tienen una participación del 4,76% y 3,78% respectivamente, para consolidar la participación como Grupo en el orden del 31,89 %. El crecimiento y expansión geográfica han llevado al Grupo a prestar servicios médico - asistenciales en 31 departamentos de Colombia.

Pero ¿por qué un patrimonio de salud y bienestar que pertenece a los colombianos, una entidad sin ánimo de lucro como SaludCoop, reinvierte sus excedentes en la gente, desarrollando infraestructura de atención y nuevos beneficios para sus afiliados y en la búsqueda incansable de un servicio excelente?

Porque esta reinversión se ve en cada rincón del país, desde la Guajira hasta el Amazonas, y desde Arauca hasta el Valle del Cauca, donde los habitantes de cada región pueden identificar una casita blanca, o un gran edificio blanco, señal inequívoca de que allí recibirán el servicio médico asistencial que en cualquier momento puedan requerir.

Estas metas se han logrado inspiradas en el sueño solidario del bienestar común y la equidad. De cara al futuro, la compañía buscará ser la más reconocida por la calidad de sus servicios. Por eso trabaja continuamente en el fortalecimiento de una cultura de servicio, apoyada en programas de capacitación continuada para el personal médico asistencial y en la conformación de un grupo de colaboradores comprometidos con la empresa y con el país.

Visión

En el año 2015, SaludCoop O.C. continuará como la entidad preferida por los colombianos para la gestión integral en salud, reconocida por los entes reguladores generando:

- Sostenibilidad
- Impacto en la salud pública
- Satisfacción en nuestros clientes, colaboradores y proveedores del sistema de salud.

Misión

Aseguramos con calidad la salud de los colombianos mediante una atención humanizada, con un enfoque social, sostenible y sustentable.

Instituciones Prestadoras de Salud

- Corp. IPS SaludCoop Clínica SaludCoop Cali
Cll. 9 # 30A – 29
- Corp. IPS SaludCoop Clínica SaludCoop Cali Norte
Av. 3 Norte # 32An – 40 Prados del Norte
- Corp. IPS SaludCoop Central de Especialistas Cali Norte
Calle 23D Norte # 4N – 21
- Corp. IPS SaludCoop CMF Pasoancho Especialistas
Cll 13 # 49A – 10

- OpticaSaludCoop SA Optikus Cali
Av. 5A Norte # 25N – 47
- Corp. IPS Occidente – Cali Norte
Av. 3 Norte # 39- 07
- Corp. IPS Occidente - Cali Centro
Cll. 5B # 42 – 24
- Corp. IPS Occidente - Cali Sur
Cra. 66 # 12 – 15
- Corp. IPS Occidente – Chipichape
Cll. 38 # 5N – 20

Servicios

Los servicios que presta SaludCoop son:

- Atención de Urgencias.
- Consulta de Medicina General y Especializada.
- Atención Médico-Quirúrgica ambulatoria y hospitalaria.
- Atención de Partos y Cesáreas.
- Atención Odontológica.
- Programas de Prevención y Promoción.
- Acciones para la recuperación de la Salud.
- Imágenes Diagnostico.
- Laboratorios.
- Servicios de Rehabilitación.

Sanitas

Historia

La EPS Sanitas es la empresa de la Organización Sanitas Internacional creada en 1995, como respuesta al Sistema de Seguridad Social en Salud, para garantizar la atención del Plan Obligatorio de Salud (POS - Ley 100 de 1993).

Para la prestación de estos servicios contemplados en el POS, la EPS Sanitas cuenta con una extensa red de médicos adscritos, tecnología e infraestructura que conforman su Cuadro Médico distribuidos en todo el territorio nacional.

Misión

Contribuir al desarrollo de Iberoamérica ofreciendo, mediante tecnología de punta, diversas alternativas de Servicios Integrales de Salud y otros servicios, con el propósito de lograr el bienestar de nuestros usuarios, de generar oportunidades para nuestros empleados, de fomentar el desarrollo para nuestros prestadores de servicios y proveedores, manteniendo el crecimiento económico de la Organización.

Visión

Ser reconocidos siempre por nuestro enfoque humano, científico y técnico como el grupo empresarial líder en Iberoamérica, en la prestación de Servicios Integrales de Salud y otros servicios.

Instituciones Prestadoras de Salud

- Clinisanitas Tequendama

Cll 5E # 43A – 34

- UAP – Unidad de Atención Primaria Cali

Cra. 43A # 5C – 94 Barrio Tequendama

- Clínica Sebastián de Belalcazar
Av. 4 Norte # 7N – 81
- Clinisanitas Ciudad Jardín
Cll. 15B # 105 - 06

Servicios

EPS Sanitas S.A. ofrece los servicios médico-asistenciales contemplados en el Plan Obligatorio de Salud de conformidad con lo señalado en las normas legales vigentes sobre la materia. Estos servicios incluyen un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva básica hasta diversos tratamientos de alta complejidad, entre ellos:

- Consulta: medicina general y especializada.
- Odontología: con excepción de ortodoncia, periodoncia y prótesis.
- Acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención inicial de urgencias.
- Diagnóstico: laboratorio clínico, radiología, ecografías, medicina nuclear, resonancia electromagnética y escenografía.
- Hospitalización.
- Tratamientos quirúrgicos, en servicios de baja, mediana y alta complejidad.
- Apoyo terapéutico: terapia física, respiratoria, ocupacional y del lenguaje.
- Suministro de medicamentos.
- Trámite de incapacidades y licencias.

Nueva EPS

Historia

NUEVA EPS es una Sociedad Anónima constituida mediante la escritura pública No. 753 del 22 de marzo de 2007, que surge como Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo a través de la Resolución No. 371 del 3 de abril de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud.

La compañía se constituye como respuesta al informe del CONPES sobre la situación de la EPS del Instituto de Seguros Sociales (ISS). El primero de agosto de 2008 NUEVA EPS inició operaciones con los afiliados del ISS que fueron trasladados a la compañía. Luego de cinco años de trabajo en la prestación de los beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS) ha adquirido nuevos usuarios convirtiéndose en una de las más grandes EPS del país y la primera en cobertura al tener presencia en más 1090 municipios.

Misión

Trabajamos constantemente por mejorar y mantener la salud de nuestros afiliados que nos han confiado su bienestar y calidad de vida, basados en modelos integrales de atención del riesgo, colaboradores comprometidos y procesos que aseguren la sostenibilidad en el largo plazo, generando valor a nuestros grupos de interés.

Visión

Ser reconocidos como la EPS líder en la aplicación de modelos exitosos de gestión y calidad en el servicio, contribuyendo con el bienestar de nuestros afiliados.

Servicios que cubre

De acuerdo con lo definido por la Resolución 5261 de 1994 y sus demás normas concordantes, la compañía cubre, dentro del Plan de Beneficios POS entre otros, los servicios de:

- Atención médico quirúrgica
- Ambulatoria y hospitalaria

- Atención de partos y cesáreas
- Atención odontológica
- Programas de promoción y prevención
- Imágenes diagnósticas
- Laboratorios
- Servicios de rehabilitación.

Imagen 2. Red de Atención de Salud Nueva EPS

Valle del Cauca RED IPS EXCLUSIVA Y NO EXCLUSIVA

Buscar:

Municipio	Nombre
Cali	Angiografía de Occidente S.A. Villa Colombia ver
Cali	Salud Primera S.A.S ver
Cali	Sersalud Ltda. ver
Cali	Viva 1A IPS S.A. - Cali 1A ver
Cali	Viva 1A IPS S.A. Tequendama ver

Mostrando del 1 al 5 de 5 registros

[Primera](#) [Atrás](#) [1](#) [Siguiete](#) [Ultima](#)

Salud Colpatria

Historia

Somos parte del Grupo Financiero Colpatria, con más de 50 años de experiencia en el mercado colombiano; durante este tiempo nos hemos convertido en un símbolo de progreso,

solidez y respaldo; además nos hemos comprometido con mejorar la calidad de vida de los colombianos brindándoles protección, vivienda, Salud, prevención, ahorro y oportunidades.

- 1955 Seguros de vida Colpatria, Seguros Colpatria
- 1959 Sociedad colombiana de Capitalización
- 1970 Banco Colpatria
- 1972 UPAC Colpatria
- 1977 Constructora Colpatria
- 1979 Financiera Colpatria
- 1980 Leasing Colpatria
- 1982 Salud Colpatria MPP
- 1992 Pensiones y Cesantías Colpatria
- 1995 Salud Colpatria EPS
- 1998 Se fusionan el Banco y la Corporación de Ahorro y Vivienda absorbiendo a la vez los negocios de la financiera y el leasing bajo el nombre de Banco Colpatria Red Multibanca Colpatria SA. En este mismo año se da origen a la unidad de inversión.
- 1999 Pensiones y Cesantías fue comprada por el BBVA. La administradora de riesgos profesionales ARP Colpatria forma parte de la compañía Seguros de Vida Colpatria SA.
- 2007 El banco Colpatria, realiza un Joint-Venture con GE Money.
- 2009 El grupo Colpatria adquiere CitiColfondos Pensiones y Cesantías.
- 2010 El banco Colpatria compra las acciones de GE Money convirtiéndose nuevamente en su único dueño.
- El banco Colpatria, realiza alianza estratégica con Scotiabank.

Misión

Satisfacer de manera integral las necesidades de nuestros clientes en cuanto a protección, salud, ahorro e inversión ofreciendo un completo y rentable portafolio de productos y servicios para familias o pequeñas y medianas empresas. Nos diferenciamos por nuestras alianzas con canales de distribución alineados por segmento de cliente, con óptima gestión de riesgos de proveedores, alta eficiencia financiera, administrativa y tecnológica, estableciendo una cultura

orientada a la excelencia y el servicio, generando valor para nuestros accionistas y para nuestra organización con sentido de responsabilidad social empresarial

Visión

Cumplir con el compromiso de satisfacer las necesidades de nuestros clientes y proyectar nuestros valores y beneficios ofrecidos más allá de las expectativas de los usuarios.

Ubicación IPS

Cali

Dirección: Calle 22 Norte # 5 Bn-102 Piso 1

PBX: (2)4881919

Fax: (2)6685010

Horarios: De Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Tipo: Sucursal Salud

Salud Total

Historia

- 1991 Salud Total nace como empresa de Medicina Pre-pagada en Bogotá y Manizales.
- 1991 – 1994 Se abrieron sedes en Barranquilla, Medellín, Cali, Pereira e Ibagué.
- 1994 En Diciembre Salud Total es autorizada para funcionar como Entidad Promotora de Salud (EPS).
- 1996 Se autoriza a Salud Total para que opere como Administradora de Régimen Subsidiado (ARS).
- 1997 - Hasta abril de 1997 se ofrecieron los servicios de medicina pre-pagada. Desde entonces Salud Total se ha dedicado exclusivamente a la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS).

Se abren sedes en el resto del país, teniendo además presencia hoy en: Cartagena, Bucaramanga, Valledupar, Santa Marta, Villavicencio, Montería, Neiva, Girardot, Cúcuta, Sincelejo, San José del Guaviare y Palmira

Misión

En Salud Total EPS administramos un modelo de salud integral de aseguramiento en salud que articula el acceso primario con una red de prestación de servicios calificada y un Sistema de Gestión de Riesgos orientado a la satisfacción de nuestros protegidos y el mejoramiento de su estado de salud. Contamos con un equipo humano competente y comprometido con los valores y objetivos organizacionales, el cual logra la sostenibilidad empresarial y contribuye a la del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Visión

En el año 2015 seremos una Entidad Promotora de Salud reconocida por el mejoramiento continuo en la atención en salud de sus protegidos con base en la prevención de la enfermedad, la pertinencia en la prestación y una cultura de servicio basada en el trato humanizado y seguro del protegido y su familia.

Unidades de Atención Propia

La salud no da espera. Por eso, nuestros usuarios reconocen la importancia de tener una sólida infraestructura que les permita llegar, en el menor tiempo posible, a nuestras unidades propias y contratadas para obtener la atención que necesitan.

Salud Total EPS cuenta con 159 unidades de atención en 18 ciudades del país con personal altamente calificado y preparado para brindar, en todo momento, servicios médicos con calidad total.

Para atender a sus afiliados, Salud Total cuenta con:

- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Propias.
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Contratadas.
- Puntos de Atención al usuario (PAU) para trámites administrativos.

Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

Son clínicas, hospitales, consultorios médicos, laboratorios y farmacias contratadas por Salud Total EPS para prestar los servicios de salud a sus afiliados.

- **Unidades Propias**

Son centros de atención de Salud Total EPS destinados a prestar diferentes servicios de salud a sus afiliados. Se clasifican de la siguiente manera:

- **Unidades de Atención Básica (UAB)**

Son centros de atención médica propios, ubicados en lugares cercanos a su residencia o lugar de trabajo en donde se prestan los servicios básicos de Medicina General (Nivel 1) establecidos en el POS.

- **Unidades de Atención Odontológica (UOD).**

- Atención inicial de urgencias odontológicas.
- Exámenes clínicos odontológicos (de ser necesarios).
- Toma de algunas radiografías internas en la boca.
- Educación en Salud Oral.
- Indicadores y prácticas para el uso del cepillo y el hilo dental.
- Control de la placa bacteriana.
- Remoción de cálculos.
- Aplicación de sellantes para evitar las caries.
- Limpieza.
- Extracciones dentales sencillas.
- Calzas en resina amalgama.
- Tratamiento de conductos.

- Unidades de Promoción y Prevención (UPP)

Una sólida infraestructura, así como del personal médico y administrativo, es una garantía para la buena salud de nuestros usuarios. Sin embargo, Salud Total EPS sabe que promover hábitos de vida saludable es el primer paso para tener usuarios siempre vitales y felices.

En nuestras Unidades de Promoción y Prevención realizamos actividades educativas para prevenir las enfermedades y promover la salud con el fin de evitar que las patologías aparezcan, se prolonguen o causen mayores daños.

Así mismo, contamos con programas en los que se detectan los factores de riesgo de contraer una enfermedad, así como las actividades de control.

Para asistir a estos programas, los invitamos a que se comuniquen con Salud Total EPS, por medio de nuestra Línea Total en cada ciudad, o a través de la remisión de un profesional de la salud.

En estas Unidades tenemos a su disposición los siguientes programas:

- Vacunación.
- Atención preventiva en salud bucal (educación en salud oral, desatraje, control de placa bacteriana, aplicación de flúor, aplicación de sellantes).
- Atención en Planificación familiar.
- Detección de las alteraciones del Crecimiento y desarrollo en menores de 10 años.
- Detección de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años.
- Detección alteraciones del adulto mayor de 45 años.
- Control Prenatal.
- Control para la prevención del Cáncer de Cuello Uterino y Seno.
- Detección de alteraciones de la agudeza visual.
- Control de Hipertensión Arterial.
- Control de Diabetes.

- Unidades de Urgencia de Baja Complejidad (UUBC)

Son centros médicos propios que atienden pacientes con urgencias no vitales, pero que requieren asistencia inmediata, como: diarrea aguda, dolor abdominal, crisis asmáticas, esguinces, suturas, etc.

Es importante que reciba orientación antes de asistir a cualquier centro de atención, ya que acorde con la normativa (res. 5261/94 Minsalud), "El médico u odontólogo es quien define la condición de urgencia, cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia, deberá pagar el valor total de la atención"

Trabajamos en una dinámica de crecimiento, creatividad e innovación con el liderazgo del recurso humano competente y un concepto de tecnología vanguardista.

Imagen 3. Mapa de Ubicación IPS Cali y Palmira



Bases normativas para la creación de una IPS

Decreto 1011 del 3 de abril de 2006

El Decreto 1011 de 2006 provee los lineamientos para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia. En él se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Atención en Salud, SOGCS, y se define la calidad de la atención en salud como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos, de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la adhesión y satisfacción”.

Todos los procesos administrativos y de gestión con los que cuenta una institución de salud deben diseñarse para responder al servicio con estándares de calidad, acordes a las exigencias normativas y derechos de los usuarios, en este caso los habitantes de la zona oriente de la ciudad de Cali, que se traducen en servicios integrales, eficaces y oportunos. Para esto se deben cumplir los criterios de habilitación descritos en el Decreto 1011 de 2006, el cual propone estándares mínimos de calidad asociados a la infraestructura y recurso humano.

Los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera Voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, IPS, o con Entidades Territoriales .

Calidad de la atención de salud.

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el

balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión satisfacción de dichos usuarios.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica.

Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

Inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.

Es el procedimiento mediante el cual el Prestador de servicios de Salud, luego de efectuar la autoevaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación, radica el formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto y los soportes que para el efecto establezca el Ministerio de Protección Social, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

La Entidad Departamental o Distrital de salud efectuará el trámite de inscripción de manera inmediata, previa revisión del diligenciamiento del formulario de inscripción. La revisión detallada de los soportes entregados será posterior al registro especial de prestadores de servicios de salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19 del presente decreto.

A partir de la radicación de la inscripción en la Entidad departamental o Distrital de Salud, el Prestador de Servicios de Salud se considera habilitado para ofertar y prestar los servicios declarados.

Outsourcing o Tercerización o Externalización, es: el proceso en el cual una firma identifica una porción de su proceso de negocio que podría ser desempeñada más eficiente y/o más efectivamente por otra corporación o persona, la cual es contratada para desarrollar esa porción de negocio. Esto libera a la primera organización para enfocarse en la parte o función central de

su negocio. Un acto por el cual una organización acude a una empresa o persona exterior, para que realice un trabajo correspondiente a un proceso para su negocio, y en el que la contratada está especializada, consiguiendo la organización en su negocio, una mayor efectividad a través de esta empresa o persona exterior especializada.

El outsourcing, tercerización, o externalización, tienen por objeto la producción de bienes, ejecución de obras y prestación de servicios, cuyo propósito final sea un resultado específico.

El servicio que el Prestador de Servicios de Salud PSS suministre a través del tercero contratado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador debe ser habilitado exclusivamente por la PSS y no por el tercero contratado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador.

El Prestador de Servicios de Salud, se obliga a obtener y mantener vigente en forma exclusiva la inscripción en el registro especial de prestadores de salud por la autoridad competente, los permisos, registros, licencias y títulos especiales que requieran la ley o las autoridades, de los servicios objeto del contrato de outsourcing, tercerización o de externalización, para el ejercicio de éstos y por ningún motivo, estos mismos, pueden ser inscritos en el registro especial de prestadores de servicios de salud por el asociado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador.

Del mismo modo, asumirá íntegramente la responsabilidad por los perjuicios que se ocasionen por la extralimitación o por la ausencia de los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias.

6. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 ANÁLISIS DEL ENTORNO

6.1.1 Entorno Social – Político

Oriente de Cali

Las comunas que integran el oriente de Cali son 4, representando el 26% del total de la población del municipio.

Tabla 14. Comunas del Oriente de Cali

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TOTAL CALI	2.219.714	2.244.639	2.269.630	2.294.643	2.319.655	2.344.703	2.369.829
Comuna 13	175.339	175.688	176.056	176.437	176.827	177.228	177.641
Comuna 14	161.427	163.405	165.342	167.337	169.091	170.909	172.696
Comuna 15	140.379	143.612	146.818	149.995	153.144	156.267	159.369
Comuna 21	99.117	101.550	103.879	106.113	108.261	110.332	112.236
Total Oriente	576.262	584.255	592.095	599.882	607.323	614.736	621.942
% Participación	26%						

Fuente: Cali en Cifras 2011

Salud

Para el año 2011 el total de los habitantes de la ciudad de Cali que pertenecían al régimen contributivo alcanzaba el 69% de la población. Para el 2012 un 68% y a Julio de 2013 un 67%.

Tabla 15. Participación Régimen Contributivo Municipio de Cali (2011-2013)

N° Personas	2011	2012	Jul - 2013
Total Cali	2.054.962	2.038.415	2.064.537
Régimen Subsidiado	783.685	647.879	685.420
Régimen Contributivo	1.780.536	1.390.536	1.379.117
Participación RC %	69%	68%	67%

Según las estadísticas, las EPS que más usuarios tienen concentrados en Cali son la SOS, Coomeva y Comfenalco en el régimen Contributivo:

Tabla 16. Total usuarios EPS 2011-2013)

EPS	2011	2012	Jul - 2013
EPS Servicio Occidental de Salud S.A. - EPS S.O.S. S.A.	407.866	312.000	315.780
Coomeva E.P.S. S.A.	309.076	248.041	241.572
Comfenalco Valle E.P.S.	279.445	223.491	217.523
La Nueva EPS S.A.	212.499	168.046	165.135
E.P.S. Saludcoop	176.137	134.560	132.420
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	100.454	83.125	99.382
Salud Total S.A. E.P.S.	84.435	65.964	66.695
Cruz Blanca EPS S.A.	73.338	51.977	47.462
E.P.S. Sanitas S.A.	60.660	53.166	54.229
ALIANSA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	26.200	-	-
Cafesalud E.P.S. S.A.	20.959	16.029	14.525
SALUDCOLOMBIA EPS S.A.	8.973	2.133	
Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nales	8.016	6.689	6.282
Salud Colpatria E.P.S.	5.174	4.222	2
Instituto de Seguros Sociales EPS	4.627	-	-
E.P.S. Famisanar LTDA.	1.439	1.059	7
Multimedicas Salud con Calidad EPS S.A.	825	394	-
Humana Vivir S.A. E.P.S.	169	-	-
EPS Programa Comfenalco Antioquia	145	113	2
Compensar E.P.S.	60	60	6
SALUDVIDA S.A. E.P.S	31	6	3
RED SALUD ATENCION HUMANA EPS S.A.	4	3	-
GOLDEN GROUP S.A. EPS	3	-	-
Empresas Publicas de Medellin-Departamento Medico	1	1	-
Salud Colmena	-	19.457	18.092
Total	1.780.536	1.390.536	1.379.117

En cuanto al régimen subsidiado, las EPS que mayor participación tienen son Emmsanar, Coosalud y Caprecom:

Tabla 17. EPS con Régimen Subsidiado 2011-2013)

EPS	2.011	2.012	2.013
EMSSANAR E.S.S.	364.075	315.799	400.868
COOSALUD E.S.S.	149.680	130.424	159.537
Caprecom EPS	126.989	118.652	113.098
E.P.S. CONDOR S.A.	66.683	58.030	-
CALISALUD E.P.S	43.949	-	-
SELVASALUD S.A. E.P.S	18.621	14.471	-
Cafesalud E.P.S. S.A.	11.954	10.035	11.024
SALUDVIDA S.A. E.P.S	1.205	-	-
MALLAMAS	463	468	893
Asociación Indígena del Cauca	46	-	-
Humana Vivir S.A. E.P.S.	6	-	-
Asociación Mutua La Esperanza ASMET SALUD	4	-	-
Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca COMFACUNDI	3	-	-
Cooperativa de Salud Comunitaria-COMPARTA	3	-	-
Asociación Mutua SER Empresa Solidaria de Salud ESS	2	-	-
Entidad Cooperativa Sol.de Salud del Norte de Soacha ECOOPSOS	1	-	-
SOLSALUD E.P.S. S.A	1	-	-
Total	783.685	647.879	685.420

Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali – Ministerio de Salud y Protección Social.

6.1.2 Entorno Económico

Los temas relacionados con la salud, en Colombia están plenamente regulados por el estado y el sistema general de salud, las cuotas moderadoras están definidas por medio del salario y la utilidad que pueden percibir la EPS e IPS es regulada a través de tarifas establecidas.

6.1.3 Entorno Cultural

La IPS estará ubicada en el barrio Antonio Nariño, un sector de fácil acceso para los habitantes de la zona. Culturalmente el oriente de Cali es una zona con altos índices de inseguridad, además de sectorizaciones muy definidas y fronteras entre barrios que se deben respetar para evitar altercados o situaciones de mayor gravedad.

6.2 ANÁLISIS DEL CLIENTE DIRECTO

Las entidades prestadoras de servicios de salud EPS son empresas de servicios de salud privadas y mixtas que aseguran los servicios de salud a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado y los prestadores de los servicios de salud, no prestan servicios médicos sino que promueven dichos servicios a los usuarios quienes se afilian a estas para luego ser atendidos en las instituciones prestadoras (IPS); son principalmente de tamaño gran empresa, su centro de operaciones es por lo general una ciudad capital donde implementan una red de oficinas en sitios estratégicos, estas empresas para el desarrollo de su objeto social utilizan indistintamente tecnología de vanguardia de conformidad con sus capacidades y estrategias integrales.

6.3 ANÁLISIS DEL SECTOR

El mercado se estableció sobre las empresas prestadoras de salud (EPS) que tienen cobertura en la ciudad de Cali y que tengan personas adscritas en el oriente de la ciudad y específicamente en las comunas 13, 14 y 15 y que sus barrios no pertenecen al estrato 1 y 2.

Las EPS que cumplieron con estos lineamientos son:

Tabla 18. Número de afiliados a las EPS del oriente de Cali: Comunas 13, 14 y 15 durante el periodo enero-julio de 2013.

EPS	No Afiliados	% Afiliados	Tipo
Servicio Occidental de Salud SOS EPS	315.780	23%	Seleccionado
Coomeva EPS SA	241.572	18%	Seleccionado
Comfenalco Valle EPS	217.523	16%	Seleccionado
La Nueva EPS SA	165.135	12%	Seleccionado
SaludCoop EPS	132.420	10%	Seleccionado
Suramericana SA EPS y medicina prepagada	99.382	7%	Seleccionado
Salut Total SA EPS	66.695	5%	Seleccionado
Sanitas SA EPS	54.229	4%	Seleccionado
Cruz Blanca EPS SA	47.462	3%	Seleccionado
Cafesalud EPS SA	15.525	1%	Seleccionado
Salud Colmena	18.092	1%	No seleccionado
Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nales	6.282	0%	No seleccionado
EPS Famisanar Ltda	7	0%	No seleccionado
Compensar EPS	6	0%	No seleccionado
Saludvida SA EPS	3	0%	No seleccionado
Salud Colpatría EPS	2	0%	No seleccionado
EPS Programa Comfenalco Antioquia	2	0%	No seleccionado
Total Afiliados	1.380.117	100%	

Fuente: Cali en cifras

A la EPS Salud Colmena se la excluye de la muestra porque cambió su razón social de EPS a medicina pre-pagada.

Con el fin de poder entender mejor a la competencia se realiza un análisis DOFA

6.4 ESTRUCTURA ACTUAL DE LA UNIDAD DE ANALISIS

6.5 ANÁLISIS DE LA COMPETENCIA

Análisis, Evaluación y Especificidad de Competidores Directos y Sustitutos

Dentro del estudio de factibilidad para la creación de una IPS que preste servicios BPO a los usuarios de las EPS del oriente de Cali; se tienen como competidores directos en esta zona de la

ciudad tan solo dos IPS pertenecientes al grupo empresarial SOS de Comfandi, que prestan servicios a usuarios del régimen contributivo de salud. Dichas IPS están ubicadas en los barrios Calipso y Morichal, pertenecientes a las comunas 13 y 15 respectivamente, y que según cifras de la alcaldía de Santiago de Cali ocupa el primer lugar como entidad promotora de salud, por lo cual estas prestan solo el servicio a los adscritos a esta EPS específicamente.

Por otra parte se identificaron otros competidores a los cuales catalogamos como sustitutos, teniendo en cuenta que no prestan el mismo servicio que se pretende prestar con la IPS, pero que en algún momento afectarían el mercado de manera indirecta. Dichos competidores sustitutos para objeto de análisis se han dividido en tres tipos como los son: Hospitales y Clínicas, Puestos de Salud y Farmacias.

En cuanto a los hospitales y clínicas, se tomaron teniendo en cuenta que algunas EPS tienen convenios con estas entidades y remiten a sus afiliados a estos centros cuando se requiere de un médico especialista. Según el informe del departamento administrativo de planeación “Cali en Cifras 2011” se tienen que existen dos hospitales ubicados en el oriente como lo son, el hospital Carlos Holmes Trujillo ubicado en el barrio Poblado II comuna 13 y el hospital Isaías Duarte Cansino ubicado en el barrio Mojica de la comuna 15.

Los puestos de Salud se tomaron teniendo en cuenta que son una alternativa para los usuarios que tienen que desplazarse largos trayectos para llegar a su IPS cuando se trata de urgencias tipo 1 y 2 y que el costo compensa el valor del desplazamiento y el tiempo, por otro lado la atención rápida a una situación de salud que no requiere de un servicio especializado además del servicio de vacunación para los infantes. Del mismo modo algunas EPS realizan convenios con estos centros para brindar atención a sus afiliados.

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación se detallan la cantidad de puestos de salud que se tienen por comuna objeto del análisis:

Tabla 19. Puestos de Salud por comuna

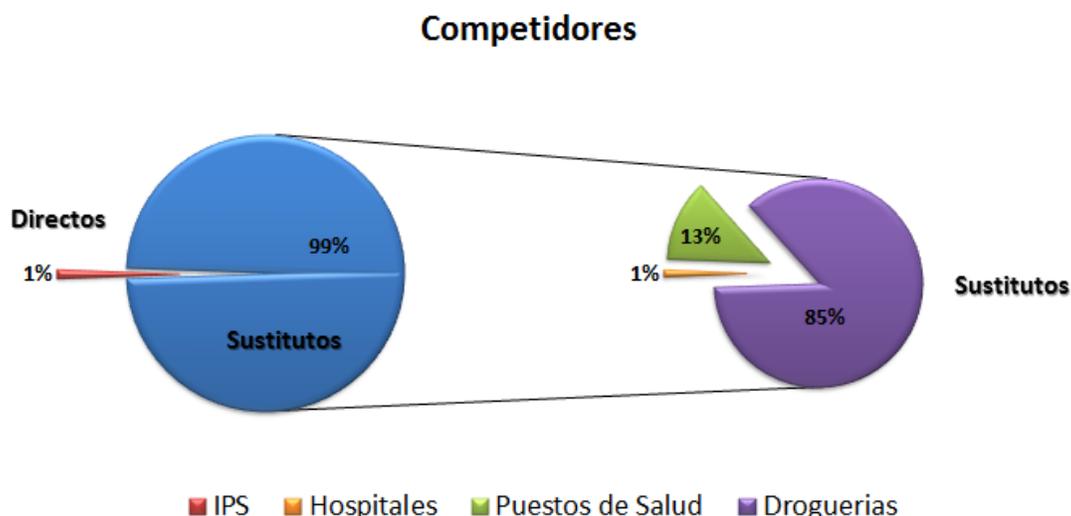
	Comuna 13	Comuna 14	Comuna 15	Comuna 21
No Habitantes	169.569	151.544	126.469	92.170
No de Barrios	22	10	7	13
Puestos de salud	Ulpiano Lloreda	Alfonso Bonilla	El Retiro	Pizamos
	El Vergel	Alirio Mora Beltrán	Comuneros I	
	Poblado II	Manuela Beltrán	Ciudad Córdoba	
	Ricardo Balcázar	Las Orquídeas	Mojica	
	Charco Azul	Intervenidas		
	Los Lagos	Los Naranjos		
	Comuneros II			
Centros de Salud	El Diamante	Marroquín	El Vallado	Desepaz
	Calipso			
Total Puestos y Centros de Salud	9	7	5	2

Fuente calivirtual.com.co – caliencifras.com

Por último las farmacias y droguerías se tomaron como competencia sustituta, teniendo en cuenta que los usuarios que viven en esta zona, debido a la dificultad que se les presenta para solicitar citas médicas en las IPS tanto por la aglomeración de usuarios en los pocos centros que existen cerca de sus hogares, como por el desplazamiento a sitios muy alejados de su lugar de origen, optan por realizar consultas y tratamientos en las droguería con dependientes que les generan confianza para atender sus necesidades. Además el costo de los desplazamientos más la cuota moderadora, generalmente es mayor que lo que les cuesta el servicio en las droguerías o farmacias.

En promedio existen 3 droguerías o farmacias en cada barrio, es decir que aproximadamente se contarían con un total de 156 droguerías para 52 barrios que componen el oriente de Cali.

Gráfica 5. Participación del mercado por competencia directa / sustitutos



Fuente calivirtual.com.co – caliencifras.com

Como se puede observar la mayor participación lo tienen los competidores sustitutos, representando el 99% del mercado. De este 99%, el 85% lo componen las droguerías y farmacias, lo cual genera un riesgo, ya que no corresponde a un servicio especializado en salud, sino que solo solucionan problemas puntuales sin tener en cuenta los riesgos y la calidad de vida de los usuarios.

Por otra parte los puestos de salud representan el 13% de los competidores sustitutos, es decir 23 establecimientos. Teniendo en cuenta que la población total por las comunas es de 539.752 personas, en promedio cada puesto de salud tendría que atender 24.367 personas.

En cuanto a los hospitales, están representando el 1% del mercado de los sustitutos, con lo cual se puede decir que no representan una gran competencia ya que el core del mercado es la atención de urgencias.

Por último los competidores directos representan el 1% de la participación del mercado, segmentados en la atención de usuarios de una sola EPS a la cual están adscritos.

6.5.1 Matriz DOFA de los Competidores y la Unidad de Análisis

DOFA Unidad de Análisis

El suroriente de Cali es un sector de la ciudad que ha sido desprotegido al momento de implementar programas para la atención de sus necesidades en el campo de la salud, es una zona que ha crecido ostensiblemente en los últimos años y son una fuerza laboral importante para la ciudad.

De acuerdo a lo anterior el proyecto de factibilidad para la creación de una empresa BPO en servicios de IPS busca la aplicación de las nuevas políticas de responsabilidad social, tratando de diezmar los desplazamientos de las personas de esta zona con un centro cercano a sus hogares y que tenga servicios encaminados a buscar el mejoramiento de su salud, con la implementación de nuevos y adecuados servicios a los cuales no se tiene acceso pero que son importantes para el ritmo de vida actual.

No solo los usuarios de la EPS sino los habitantes en general deben utilizar diferentes medios y en ocasiones poco ortodoxos ò que ponen en riesgo su salud para encontrar solución a sus dolencias, es por esto que es muy frecuente encontrar farmacias con dependientes que formulan y entregan medicamentos solucionando problemáticas puntuales. Por esto se hace evidente la generación de sinergias con este tipo de negocios en la búsqueda de mejorar la atención en salud de los usuarios.

Las estrategias de la unidad de análisis básicamente se centran en el reconocimiento de marca, a través de la adecuada implementación de los programas planteados en el análisis. Por otro lado dar valor agregado a los usuarios, por medio de prestación de servicios de calidad, certificados, prestación de algunos servicios especializados más utilizados por esta población, teniendo en cuenta su ritmo y condiciones de vida. También aprovechar la oportunidad de atraer a los usuarios de la única EPS que tiene cobertura en la zona y de las EPS que no la tienen, que se encuentran insatisfechos con los servicios que le prestan debido a la gran cantidad de usuarios y poca capacidad además de los largos desplazamientos para acceder a los servicios ya que estos no tienen IPS cerca a esta zona.

Por último, está el aprovechamiento de las constantes reformas a la salud implementadas por el gobierno, en aras de la consecución del mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos, es así, como la última reforma fortalecería económicamente el proyecto solo si se asumen los cambios de forma ágil y estos generen credibilidad antes los clientes primarios de la unidad de análisis, las EPS.

Tabla 20. Matriz DOFA unidad de análisis

MATRIZ DOFA UNIDAD DE ANALISIS		ANALISIS EXTERNO	
		OPORTUNIDADES	AMENAZAS
		Baja presencia de competidores directos	Inseguridad en el sector
Reforma a la salud	Alto número de competidores sustitutos		
FORTALEZAS	Demanda considerable del servicio	No renovación de contratos con los clientes directos (EPS)	
Atención a usuarios del oriente de Cali sin importar la EPS a la que estén adscritos	Aprovechar la baja presencia de competidores directos, incursionando en el mercado con servicios de calidad y atención al cliente	Crear sentido de pertenencia entre los habitantes y usuarios del sector, mediante campañas de sensibilización, apoyados de los entes territoriales de seguridad y de salud	
Ubicación estratégica para brindar fácil acceso a los usuarios del oriente de Cali	Generar una planes de acción que busquen la ampliación de atención al mayor número de usuarios posibles de oriente de Cali	Obtener certificaciones de calidad en el servicio para lograr ser más atractivos ante nuestros clientes	
Asesoría y acompañamiento a los pacientes en tramitología de los diagnósticos	Crear valor a la empresa, mediante programas de acompañamiento a los usuarios que les permita realizar sus trámites de una manera eficiente permitiéndoles mejorar su calidad de vida.	Crear alianzas estratégicas con los competidores sustitutos como las farmacias para lograr el mejoramiento de las necesidades de salud de los habitantes del sector	
Inclusión de algunos servicios especializados en salud, inasequibles para el sector oriental de Cali	Implementar programas de salud acordes con la reformas a la salud permitiendo el acceso a nuevos servicios a los usuarios y maximizar utilidades	Generar servicios diferenciadores que acerquen a los usuarios a obtener mayores y mejores servicios de salud	
DEBILIDADES			
Insuficiencia para brindar atención a toda la población del oriente de Cali adscrita a una EPS	Implementar planes de crecimiento a corto plazo que permita una inclusión escalonada de usuarios sin desmejorar la atención.	Brindar credibilidad a los usuarios en la prestación del servicio para lograr sentido de pertenencia	
Falta de reconocimiento en el mercado por ser una empresa nueva	Crear campañas de mercadeo que permita mostrar el atractivo del mercado a clientes directos y secundarios y así crear posicionamiento de la empresa en el sector	Aprovechar alianzas con las farmacias para lograr entre estos y la IPS un trabajo conjunto de publicidad y posicionamiento de la empresa.	
Falta de reconocimiento de los clientes directos (EPS) por ser una empresa nueva	Crear indicadores de gestión sobre el manejo de los recursos para lograr minimizar el impacto de los costos en la etapa de introducción y aprovechar las utilidades por la alta demanda de los usuarios en el sector.		
Altos costos de operación durante la etapa de introducción en el mercado			

DOFA Competencia

En el sector de análisis, solo se encuentra una sola EPS que ha puesto en funcionamiento dos IPS para la prestación de los servicios de salud de sus usuarios adscritos. Esto le genera una alta demanda para sus usuarios, y le impide prestar servicios a otros usuarios de otras EPS. Además tiene un posicionamiento de marca muy fuerte, el cual la ubica en el primer lugar entre las EPS del suroccidente colombiano. A pesar de toda esta infraestructura es evidente que las IPS con que cuenta en la zona no son prioritarias para su negocio, ya que el servicio y atención a los usuarios no es muy eficiente y sus instalaciones son poco adecuadas para el volumen de usuarios que maneja.

Por su ubicación, es accesible a los usuarios, además de favorecerse por lo proyectos de infraestructura y crecimiento de la ciudad que facilitan el desplazamiento y ubicación; por otra parte en cuanto al servicio especializado es todo lo contrario, ya que solo cuenta con atención básica y remiten a los usuarios que requieren este tipo de atención a sus centros que ya no son accesibles para los usuarios de esta zona.

Teniendo en cuenta lo anterior, las estrategias que se plantean dentro del análisis del competidos van enfocadas al aprovechamiento del know-how de la EPS aplicando los servicios y mejoramiento de la atención de los usuarios a este sector de la ciudad, dar valor agregado y mejoramiento de la calidad en la atención y sus procesos para recuperar la satisfacción de los usuarios. Además tiene como ventaja que posee un musculo financiero importante el cual le permite tener posibilidades de expansión y/o mejoramiento de sus instalaciones.

Tabla 21. Matriz DOFA Competencia Directa

MATRIZ DOFA COMPETENCIA DIRECTA		ANALISIS EXTERNO	
		OPORTUNIDADES	AMENAZAS
		Terminacion de mega obras en la zona.	Alta presencia de competidores sustitutos
		Nuevos medicamentos en el POS	Reforma a la Salud
ANALISIS INTERNO	FORTALEZAS	No hay competencia directa en el sector.	Prestan servicio solo a usuarios afiliados a su EPS
	Reconocimiento y posicionamiento en el mercado	Crear programas de mercadeo encaminacion al fortalecimiento de la imagen de la IPS, con ampliacion de servicios (Farmacias)	Generar planes de fortalecimiento y mejoramiento del servicio de entrega de medicamentos, para dismear la competencia.
	Facil Acceso	Implementacion agil y oportuna de los cambios generados del gobierno en la aplicación del POS.	Generar planes para la prestacion agil de los servicios a los usuarios para obtener los ingresos de acuerdo a las nuevas politicas de la reforma a la salud.
	Capacidad de Crecimiento por tener un musculo financiero amplio	Generar un proyecto de ampliacion de cobertura en infraestructura para atencion a otros usuarios.	Evaluar la posibilidad de atencion a usuarios de otras EPS, en todos o algunos servicios, sin desmejorar el servicio de sus propios usuarios.
	DEBILIDADES		
	Atencion deficiente por alto numero de usuarios	Generar planes de mejoramiento que involucren analisis estadisticos para mejorar la atencion a los usuarios	Generar programas para los usuarios basados en generacion de valor, otorgando mas y mejores servicios, para retencion de usuarios.
	No cuentan con prestacion de servicios especializados en la zona	Evaluar la posibilidad de crear nuevos servicios que fortalezcan la imagen de la IPS y que esten acordes a las necesidades de los usuarios.	Evaluar la implementacion de nuevos programas de salud, creando convenios con algunos competidores sustitutos como hospitales que presentan atencion especializada.
	Poco control de las IPS de la zona por parte de la sede principal	Crear planes de accion que permita aprovechar la distribucion de los nuevos medicamentos del POS, controlados a traves de procedimientos que tengan una facil distribucion y entrega a los usuarios.	Implentacion de revision periodica de la gestion de las IPS por parte de la sede principal, para mitigar las consecuencias en recaudo que estas puedan generar a traves de la reforma a la salud.
	Instalaciones un poco inadecuadas y descuidadas por la zona en la que se encuentran	Planes de mejoramiento de atencion a usuarios aprovechando la terminacion de los proyectos de la zona.	

El Poder del Proveedor

El poder de negociación de los proveedores, depende de las características del sector, como lo son el número de proveedores existentes, su importancia en la cadena de valor, entre otros. Para este caso, teniendo en cuenta el volumen de demanda que manejaría la IPS, que los insumos requeridos corresponden a productos genéricos y no exclusivos de un solo proveedor, y que la

cantidad de oferentes en el mercado de este sector es bastante considerable, se puede concluir que el poder de negociación de los proveedores para este proyecto sería mínimo o no existe.

El Poder del Comprador

Para este estudio, se define como comprador a las EPS, ya que son estos los clientes directos, es decir, los que contrataran los servicios de la IPS para prestárselos a los usuarios que tengan afiliados. Teniendo en cuenta lo anterior, el poder de negociación del comprador no existe o es bajo, puesto que el proyecto se basa en una idea innovadora y que actualmente no tiene competidores directos, es decir las EPS no tendrían el poder de decir si contratan los servicios en esta zona de la ciudad con la IPS que se pretende crear o con otras IPS ya que no existen en el momento.

Barreras de Entrada y Salida de la Industria

Para analizar este punto es necesario dividir estas barreras en dos. La primera hace referencia a que tan difícil sería la entrada de una IPS que preste servicios BPO a las EPS y sus usuarios adscritos en el oriente de Cali; partiendo aquí se puede decir que las barreras que pueden surgir, serían, la falta de experiencia en el mercado, el músculo financiero necesario para llevar a cabo este proyecto, las grandes empresas prestadoras de salud que en vez de contratar los servicios que se presentan en el proyecto, inviertan en la construcción de IPS propias para la prestación de este servicio en esta zona de la ciudad.

Por otra parte se analiza que barreras de salida de competidores que se implementarían para impedir la entrada de otros competidores en el futuro que puedan robar mercado significativo. En este caso sería, mantener unos altos estándares de calidad en la prestación de servicios de los usuarios para que sean ellos quienes prefieran este proyecto que otro, pues este proyecto tiene un objetivo claro que es aportar al mejoramiento de la calidad de vida de las personas de esta zona de la ciudad. Adicional, con las EPS igualmente se pretende mostrar la calidad de estos servicios para crear confianza y una buena imagen de ellos ante los usuarios, además de generar estrategias financieras para ser atractivos al mercado.

6.6 ANÁLISIS DEL ATRACTIVO DEL SEGMENTO

El proyecto de creación de una IPS en el oriente de Cali que agrupe la atención de usuarios de las diferentes EPS, está encaminado a aportar y mejorar la calidad de vida de las personas de esta zona, descentralizar servicios e incluir nuevos para que la población se encuentre satisfecha y vea retribuido de una manera adecuada el pago de sus aportes al sistema general de servicios en salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que el atractivo de este segmento está en:

- La atención a unos de los sectores más marginados de Cali, por lo cual los servicios son limitados y los suplen otras entidades diferentes como farmacias, puestos de salud, a las que están obligadas o estipuladas en la ley.
- Para las EPS les implicaría un ahorro en inversión al no tener que construir IPS para la atención a los usuarios, además de ampliar la cobertura en servicios y mejoramiento de la capacidad de atención.
- No hay competencia en el sector, lo cual da un periodo de aprovechamiento en la implementación del proyecto, mientras se madura en el tiempo.

7. ESTRATEGIA DE MERCADEO

La estrategia de mercadeo que afecta positivamente a la unidad de análisis corresponde a la estrategia de diferenciación, ya que lo que se busca es que los clientes primarios perciban un cambio en la prestación de los servicios de salud en el sector al cual va enfocado la unidad de análisis. Por otra parte esta estrategia de diferenciación se basa en la innovación incremental ya que se incluirán otros tipos de servicios los cuales no están incluidos en el portafolio de servicios de una IPS en el oriente de Cali.

El principal factor de diferenciación se basa en la búsqueda e implementación de planes encaminados en la calidad total, pues se pretende la entera satisfacción del cliente y generar una imagen favorable dentro del mercado, mediante el mejoramiento continuo.

7.1 ESTRATEGIA DE PRODUCTO O SERVICIO

Involucra los siguientes componentes:

- ✓ **Definición.** Prestación de servicios de salud de segundo nivel.
- ✓ **Clasificación.** De acuerdo a su materialidad y durabilidad el servicio de salud es intangible con una vida útil de 6 a 30 minutos en promedio.
- ✓ **Bien organizacional.** Es un bien especializado que habitualmente adquiere una entidad, para nuestro caso las EPS para dar cumplimiento de su mandato social. Está orientado a grupos de usuarios con características geográficas y demográficas específicas encaminadas a la satisfacción de sus necesidades de recuperación de la salud. La adquisición como tal no requiere de un proceso de decisión por parte de los usuarios, pero si por la entidad contratante.
- ✓ **Beneficios del servicio.** Los siguientes son algunos de los beneficios principales que el servicio de salud de segundo nivel ofrece a los afiliados (usuarios) de sus clientes:
 - Recuperación de la salud.
 - Mejoramiento de la calidad de vida.
 - Atención básica inmediata.

- Prevención de incidentes críticos.
- ✓ **Aspecto innovador del servicio.** Prestación de servicios de salud de segundo nivel con agilidad en todas las actividades del proceso, además de reducir los tiempos de desplazamiento y mejorar la calidad de vida de los usuarios

7.2 ESTUDIO DE MERCADO

7.2.1 Investigación de mercados

El proyecto consiste en la creación de una IPS que preste servicios de atención en salud a los usuarios de EPS que viven en el oriente de la ciudad de Cali, teniendo en cuenta que estas no tienen IPS en esta zona y sus usuarios tienen que realizar largos recorridos para asistir a las citas médicas cuando lo requieren. Dicha IPS contara con un complejo adecuado y brindará calidad en la atención y servicio a los usuarios, sin importar la EPS a la cual se encuentren adscritos. Para lograr esto se pretende:

- Realizar negociaciones en primera instancia, con las EPS que más usuarios adscritos tengan en esta zona de la ciudad, para que estas remitan a la IPS a los usuarios que requieran los servicios mediante la asignación de citas.
- La IPS será una entidad jurídica independiente que cumplirá con las normas establecidas por la ley para este tipo de entidad, además de las certificaciones de calidad SYSO y medio ambiente.
- Se establecerá una cuota dependiendo del tipo de servicio al cual acceda cada uno de los usuarios adscritos, la cual será cancelada por la EPS de acuerdo a una relación de usuarios y servicios prestados por la IPS los cuales serán facturados mensualmente.

- La cuota moderadora que deben pagar los usuarios para acceder a los servicios del plan obligatorio de salud, será recauda por la IPS y se hará un cruce de cuentas con las EPS en la facturación que se realice de forma mensual.
- Las instalaciones estarán diseñadas y dotadas para una eficiente prestación de los servicios, equipos adecuados, consultorios, salas de espera, recepción, personal idóneo, capacitado y especializado en su rama para brindar un servicio de calidad y comodidad a los usuarios.

Los servicios que se incluirían dentro del proyecto, serán los estipulados por el plan obligatorio de salud y serán modificados de acuerdo a las diferentes reformas que realice el gobierno. Estos son:

- Medicina General: hace referencia a los servicios primarios de atención a la salud de los usuarios, en donde se analiza y diagnostica el estado inicial de salud de los usuarios realizado por un médico general el cual remitirá al paciente donde un especialista, indicara un tratamiento o medicara de acuerdo al diagnóstico.
- Odontología: hace referencia al servicio de atención primaria o urgencias en odontología, inicialmente se realiza una valoración y posterior tratamiento de ser necesario, el servicio básico conlleva un tratamiento preventivo de higiene oral.
- Oftalmología: medicina especializada en la valoración de enfermedades en los ojos.
- Pediatría: medicina especializada en el cuidado, diagnóstico y tratamientos de las enfermedades en los niños.
- Cardiología: medicina especializada en diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiacas o del corazón.
- Nutricionista: medicina especializada en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y dolencias ocasionadas por la forma de alimentarse de las personas.
- Enfermería: procedimientos de atención básica realizados por una enfermera, tales como: toma de presión, vacunación, citologías, charlas médicas, cursos profilácticos entre otros.
- Toma de muestras: área encargada de tomar muestras tales como: glicemia, sangre, orina etc. Que son solicitados por el médico general para realizar un efectivo diagnostico al

paciente. El análisis de muestras se realizará a través de un contrato in-house con un laboratorio reconocido para esta labor.

7.2.2 Tipo de mercados

El tipo de mercado en el que se enfocó el proyecto es el consumidor de empresa, conformado por las EPS quienes contratarán los servicios de la IPS.

7.3 ANÁLISIS DE CONSUMIDOR

Las entidades prestadoras de servicios de salud EPS son empresas de servicios de salud privadas y mixtas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado y los prestadores de los servicios de salud, no prestan servicios médicos sino que promueven dichos servicios a los usuarios quienes se afilian a estas para luego ser atendidos en los prestadores (IPS), son principalmente de tamaño gran empresa, su centro de operaciones es por lo general una ciudad capital donde implementan una red de oficinas en sitios estratégicos, estas empresas para el desarrollo de su objeto social utilizan indistintamente tecnología de vanguardia de conformidad con sus capacidades y estrategias integrales.

7.3.1 Tamaño del mercado y consumo aparente

El mercado que se pretende abordar son todas las empresas prestadoras de salud (EPS) que tienen cobertura en la ciudad de Cali y que tengan personas adscritas en el oriente de la ciudad y específicamente en las comunas 13, 14 y 15, pertenecientes al régimen contributivo de salud. Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación se presentan las EPS y cantidad de usuarios que tiene afiliados en la ciudad de Cali. Estas cifras son con corte a Julio de 2013 por tanto pueden aparecer EPS que actualmente fueron liquidadas:

Tabla 22. Afiliados a las EPS durante el periodo Enero-Julio de 2013

EPS	No Afiliados	% Afiliados	Tipo
Servicio Occidental de Salud SOS EPS	315.780	23%	Seleccionado
Coomeva EPS SA	241.572	18%	Seleccionado
Comfenalco Valle EPS	217.523	16%	Seleccionado
La Nueva EPS SA	165.135	12%	Seleccionado
SaludCoop EPS	132.420	10%	Seleccionado
Suramericana SA EPS y medicina prepagada	99.382	7%	Seleccionado
Salut Total SA EPS	66.695	5%	Seleccionado
Sanitas SA EPS	54.229	4%	Seleccionado
Cruz Blanca EPS SA	47.462	3%	Seleccionado
Cafesalud EPS SA	15.525	1%	Seleccionado
Salud Colmena	18.092	1%	No seleccionado
Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nales	6.282	0%	No seleccionado
EPS Famisanar Ltda	7	0%	No seleccionado
Compensar EPS	6	0%	No seleccionado
Saludvida SA EPS	3	0%	No seleccionado
Salud Colpatria EPS	2	0%	No seleccionado
EPS Programa Comfenalco Antioquia	2	0%	No seleccionado
Total Afiliados	1.380.117	100%	

Fuente: Cali en cifras

7.4 INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Como parte del estudio de factibilidad de mercado, se planteó la siguiente investigación cualitativa con el fin de obtener la información sobre la percepción de las EPS para subcontratar los servicios de la IPS.

7.4.1 Planteamiento del Problema

El sistema general salud en Colombia es regulado por la superintendencia de salud la cual realiza la supervisión a las entidades prestadoras de salud para velar con el cumplimiento de la normas en todo lo que tiene que ver con la prestación del servicio a los usuarios. En Cali, el 67% de la población pertenece al régimen contributivo de salud, el cual a Julio del año 2013 tenía

funcionando un total de 17 EPS que prestan el servicio de salud a aproximadamente 1.379.117 habitantes de todo el municipio.

Entre las EPS con más usuarios en la ciudad de Cali, según cifras de la secretaria de salud, se encuentran SOS, Comfenalco, Coomeva, Nueva EPS y Saludcoop representando el 77.8% del total de la población perteneciente al régimen contributivo.

En la actualidad, si se parte de que cada EPS tiene en promedio 3 IPS propias localizados en su mayoría en la zona norte y sur de la ciudad, quiere decir que cada una de estas IPS atiende en promedio un total de 71.495 usuarios.

Partiendo de este ejemplo, si bien se sabe que toda esta cantidad de usuarios no son atendidos al mismo tiempo, por lo general cuando hay mucha demanda y no se tiene la capacidad instalada adecuada para atenderla, ocasiona una serie de falencias en los servicios prestados. Según el informe de la personería de Cali donde se enumeran las principales quejas de los pacientes presentadas a las diferentes EPS, arrojó que en el 2013 se presentaron un total de 1.662 quejas de este total 106 quejas fueron por la no oportuna asignación de citas. Por otra parte de este total el 71,42% fueron para las EPS y el 28,58% para las IPS, pero para los usuarios no hay diferencia y su percepción es la misma para ambas.⁹

Teniendo en cuenta lo anterior, se pretende realizar una entrevista en profundidad con personas de las EPS más representativas que tengan influencia en estas entidades, para que se pueda determinar si existen razones para que actualmente no existan IPS en la zona oriente de la ciudad, así como también si para ellos es atractiva la idea de subcontratar una IPS que este ubicada en esta zona y que preste los servicios a sus usuarios entre otras variables que puedan aportar decisiones de impacto en el estudio que les permita liberar carga de demanda en las IPS y así mejorar considerablemente las falencias que presentan por mala atención a los usuarios.

⁹ El país edición del sábado 15 de marzo de 2014

7.4.2 Formulación del Problema

¿Que opinión hay desde las perspectivas de las EPS más representativas de la ciudad sobre la creación de una IPS en el oriente de Cali?

7.4.3 Sistematización del Problema

- ✓ ¿Cuáles son las razones por las cuales no existe una IPS propia de las EPS en el oriente de Cali?
- ✓ ¿Cómo es el proceso de negociación con las EPS para la subcontratación de los servicios de la IPS que se pretende crear?
- ✓ ¿Cuáles son los aspectos que las EPS consideran atractivos de una IPS?
- ✓ ¿Cuál es la estructura mínima que debe tener la IPS según las EPS mas representativas?

7.4.4 Objetivos

✓ **Objetivo General**

Conocer la opinión desde las perspectivas de las EPS más representativas de la ciudad sobre la creación de una IPS en el oriente de Cali.

✓ **Objetivos Específicos**

- Identificar las razones por las cuales no existe una IPS propia de las EPS en el oriente de Cali.
- Conocer como es el proceso de negociación con las EPS para la subcontratación de los servicios de la IPS que se pretende crear.
- Indagar sobre los aspectos que las EPS consideran atractivos de una IPS.
- Conocer la estructura mínima que debe tener la IPS según las EPS más representativas.

7.4.5 Desarrollo Investigación Cualitativa

Con el fin de cumplir con los objetivos de la investigación cualitativa, se planteó realizar una entrevista a las 3 principales EPS las cuales tienen el 57% de los afiliados en el oriente de Cali que son: SOS con el 23%, Coomeva EPS con el 18% y Comfenalco Valle con el 16%

❖ Preguntas Entrevista

Para la entrevista, se elaboraron 8 preguntas, las cuales se detallan a continuación:

1. ¿Porque razón no hay una IPS propia en el oriente de Cali que atienda a sus usuarios?
2. ¿Qué opina usted sobre la creación de una IPS en el oriente de Cali?
3. ¿Estaría interesado en subcontratar a una IPS en el oriente de Cali que preste los servicios de nivel I y II a los usuarios adscritos a su EPS?
4. ¿Qué debe hacer la IPS para negociar con éxito la subcontracción de los servicios a prestar a la EPS?
5. ¿Con quién se debe hacer esta negociación?
6. ¿Cuál es proceso de negociación con su EPS para subcontratar servicios de salud?
7. ¿Qué se necesita una IPS para que sea atractiva?
8. ¿Si se creara esta IPS cuál es la estructura mínima que debe tener?

❖ Resultados Entrevistas

Se solicitó cita con funcionarios de la SOS y Comfenalco Valle y no fue posible que se programara una cita para realizar la entrevista por lo que el estudio cualitativo se realizará únicamente con la entrevista realizada a Coomeva EPS quienes tienen el 2do lugar en número de afiliados en el oriente de Cali.

Entrevista a funcionario de COOMEVA EPS.

1. ¿Porque razón no hay una IPS propia en el oriente de Cali que atienda a sus usuarios?
R/ La red de atención de la EPS es suficiente para la atención de los usuarios.
2. ¿Qué opina usted sobre la creación de una IPS en el oriente de Cali?

R/ La población del oriente de Cali, en su mayoría se encuentra afiliada al Régimen Subsidiado de salud, y la población que se encuentra afiliada al Régimen contributivo se encuentra fraccionada en las diferentes EPS existentes.

3. ¿Estaría interesado en subcontratar a una IPS en el oriente de Cali que preste los servicios de nivel I y II a los usuarios adscritos a su EPS?

R/ El nivel I y II ambulatorio ya se encuentra cubierto por la red de atención de la EPS, de la misma forma los niveles superiores de atención.

4. ¿Qué debe hacer la IPS para negociar con éxito la sub-contracción de los servicios a prestar a la EPS?

R/ Primero definir qué niveles de atención y los servicios que va a ofrecer. Después que la IPS y los servicios ofrecidos estén adecuadamente habilitados y acreditados por la Secretaria de Salud Municipal.

5. ¿Con quién se debe hacer esta negociación?

R/ Con el Representante Legal de la Empresa.

6. ¿Cuál es el proceso de negociación con su EPS para subcontratar servicios de salud?

R/ Ofrecer los servicios de salud junto con la documentación requerida según la Normatividad. Principalmente acreditación y habilitación por la Secretaria de Salud Municipal.

7. ¿Qué necesita una IPS para que sea atractiva?

R/ Estar acreditada, prestar servicios de atención seguros y de acuerdo a la Normatividad.

8. ¿Si se creara esta IPS cuál es la estructura mínima que debe tener?

R/ Depende de los servicios que ofrezca, y esto está documentado en la Resolución 1441 del 2013, que define los requisitos mínimos de las instituciones de salud de acuerdo a su nivel de atención.

De acuerdo a la entrevista realizada a Coomeva EPS, la investigación cualitativa da como resultado que el proyecto no es viable ya que manifiesta que no estarían interesados en contratar los servicios de la IPS para atender a los asociados del oriente de Cali, porque consideran que con las IPS que tiene estos es suficiente y alcanzan a cubrir perfectamente la demanda de sus usuarios afiliados. Por otra parte argumentan que se debe cumplir con una nueva serie de normativas para poder crear la nueva IPS y que es un tema muy complejo de cumplir y que por tanto no es probable que se logre ajustar esta normatividad para poder operar.

7.5 INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Siguiendo con el cumplimiento del estudio de mercado, además de la aplicación de una entrevista a las principales EPS de Cali para conocer su opinión sobre el tema de la unidad de análisis; también se tomó en cuenta la percepción de los usuarios frente a este, para lo cual se realizó una investigación cuantitativa la cual se detalla a continuación.

7.5.1 Planteamiento del Problema

El sistema general salud en Colombia es regulado por la superintendencia de salud la cual realiza la supervisión a las entidades prestadoras de salud para velar con el cumplimiento de la normas en todo lo que tiene que ver con la prestación del servicio de salud a los usuarios. En Cali, el 67% de la población pertenece al régimen contributivo de salud, el cual a Julio del año 2013 tenía funcionando un total de 17 EPS que prestan el servicio de salud a aproximadamente 1.379.117 de habitantes de todo el municipio.

Entre las EPS con más usuarios en la ciudad de Cali, según cifras de la secretaria de salud de la ciudad son SOS, Comfenalco, Coomeva, Nueva EPS y Saludcoop representando el 77.8% del total de la población perteneciente al régimen contributivo.

En la actualidad, dichas EPS en Cali atienden a sus afiliados ya sea por una IPS propia o subcontratada. Estas IPS se encuentran ubicadas en su mayoría en la zona norte y sur de la ciudad de Cali, por tanto refiere que para que los habitantes de la zona oriente de Cali comprendidos por las comunas 13, 14, 15 y 21 puedan acceder a los servicios de salud que ofrecen dichas entidades en el momento que lo requieran, deberán realizar un desplazamiento de aproximadamente 1:30 minutos en bus, teniendo en cuenta que esta población cuenta con recursos limitados por tanto usualmente no pueden pagar un taxi. Además, teniendo en cuenta las falencias que presenta esta ciudad en el tema de transporte, los usuarios deben emplear una cantidad de tiempo determinado que les permita contemplar todas estas variables y poder cumplir con la hora otorgada para la cita de salud solicitada.

A pesar de todas estas falencias, solo una EPS cuenta con una institución prestadora de salud en el barrio Calipso de la comuna 13, pero solo atiende por ende a los usuarios adscritos a dicha EPS.

Teniendo en cuenta lo anterior, se pretende realizar una encuesta a una muestra representativa de la población del oriente de Cali que este adscrita al régimen contributivo, la cual permita conocer a fondo la percepción de los usuarios sobre la atención de la IPS y si el factor de ubicación de las IPS es importante y representa una falencia significativa en el servicio que prestan actualmente.

7.5.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la percepción de los usuarios sobre la creación de una IPS en el oriente de Cali?

7.5.3 Sistematización del Problema

- ✓ ¿Cuáles son los servicios que más demandan los usuarios?
- ✓ ¿Cuál es la frecuencia de consumo de los servicios de salud?
- ✓ ¿Cómo está la caracterización de los usuarios del oriente de Cali?
- ✓ ¿Cuál es la ubicación más óptima de la IPS de acuerdo a la percepción de los usuarios?

7.5.4 Objetivos

✓ Objetivo General

Conocer la percepción de los usuarios sobre la creación de un IPS en el oriente de Cali.

✓ Objetivos Específicos

- Conocer los servicios que más demandan los usuarios.
- Identificar la frecuencia de consumo de los servicios de salud.
- Realizar una caracterización del usuario del oriente de Cali.
- Conocer la ubicación más óptima de la IPS de acuerdo a la percepción de los usuarios.

7.5.5 Desarrollo Investigación Cuantitativa

Con el fin de obtener la información sobre la percepción de los usuarios adscritos a las EPS se realizó una encuesta a una muestra representativa de la población objeto de estudio.

7.6 POBLACIÓN

Para el desarrollo del estudio, se han tomado dos clientes plenamente diferenciados, ya que unos son los que accederán directamente a los servicios de salud ofrecidos por la IPS a través de su afiliación al régimen contributivo del sistema integral de salud y los segundos son las EPS que contratarán los servicios de la IPS para la atención de sus afiliados.

El proyecto se desarrollará en el oriente de la ciudad de Cali, para lo cual se han tomado como referencia los barrios pertenecientes a las comunas 13, 14 y 15; de esta muestra se ha excluido la comuna 21 ya que de acuerdo al análisis, por su ubicación es más conveniente su atención en el norte de la ciudad; además se han excluido los barrios que pertenecen a los estratos 1 y 2 ya que los habitantes de estos barrios no se encuentran afiliados al régimen contributivo de salud sino al régimen subsidiado (SISBEN).

7.6.1 Cálculo de la Muestra

Para que la muestra sea representativa del total de posibles clientes del oriente de Cali, se utilizará el método de muestreo aleatorio simple, para lo cual se utilizó la siguiente ecuación y variables:

Tabla 23. Cálculo de la muestra de posibles clientes de Oriente de Cali

Variables				
Probabilidad de éxito (p)	p	0,5		SIGMA
Probabilidad de fracaso (q)	q	0,5		90% 1,64
Población (N)	N	614.736		95% 1,96
Nivel de confianza (Sigma)	Z	1,96		99% 2,57
Margen de Error = e	e	4%	0,04	
Formula				
$\frac{\text{Sigma}^2 * N * p * q}{e^2 * (N-1) + \text{sigma}^2 * p * q} = \frac{590.392,45}{984,54} = \mathbf{600} \quad \mathbf{Encuestas}$				

De acuerdo a la aplicación de la fórmula anterior, el tamaño de la muestra por comuna sería:

Tabla 24. Proyección número de habitantes Oriente de Cali

N° Habitantes Oriente Cali Proyectado	2014	Frecuencia Relativa	Total Encuestas por Comuna
Comuna 13	177.228	35,1%	257
Comuna 14	170.909	33,9%	171
Comuna 15	156.267	31,0%	172
Total Oriente	504.404	100%	600

A partir de esta información se calculó teniendo en cuenta el número de manzanas que hay en cada barrio, el número de encuestas a realizar en cada barrio, lo cual permitió calcular la densidad de población objeto de estudio:

Tabla 25. Número de habitantes Oriente de Cali proyectado por barrio

Comuna	N° Habitantes Oriente Cali Proyectado Por Barrio	Encuestas por barrio
Comuna 13	Ulpiano Lloreda	12
Comuna 13	El Poblado I	24
Comuna 13	El Poblado II	37
Comuna 13	Los Comuneros II Etapa	19
Comuna 13	Ricardo Balcázar	11
Comuna 13	Omar Torrijos	11
Comuna 13	El Diamante	26
Comuna 13	Lleras Restrepo	3
Comuna 13	Villa del Lago	26
Comuna 13	Los Robles	10
Comuna 13	Rodrigo Lara Bonilla	14
Comuna 13	Villa blanca	7
Comuna 13	Calipso	8
Comuna 13	Yira Castro	8
Comuna 13	Marroquín III	10
Comuna 13	Los Lagos	20
Comuna 13	El Pondaje	6
Comuna 13	Sector Asprosocial El Diamante	4
Comuna 14	Alirio Mora Beltrán	42
Comuna 14	José Manuel Marroquín II Etapa	39
Comuna 14	José Manuel Marroquín I Etapa	54
Comuna 14	Promociones Populares B	35
Comuna 15	Los Comuneros I Etapa	24
Comuna 15	Laureano Gomez	18
Comuna 15	El Vallado	37
Comuna 15	Ciudad Cordoba	43
Comuna 15	Mojica	36
Comuna 15	El Morichal	14
TOTAL ENCUESTAS		600

7.6.2 Diseño de la Encuesta

Para la recopilación de los datos primarios que suministrarán la información para el proyecto se desarrolló la siguiente encuesta:

**ENCUESTA PERCEPCIÓN DE USUARIOS DE EPS DE COMUNAS 13, 14 Y 15 DEL
ORIENTE DE CALI**

Objetivo: Conocer la percepción de los usuarios sobre la creación de un IPS en el oriente de Cali.

1. Esta usted afiliado a una EPS o al Sisben? Si la respuesta es Sisben, elimine la encuesta

EPS Sisben

2. Cual?

SOS Comfenalco Coomeva Saludcoop Nueva EPS
 Cruz Blanca Sura Salud Total Sanitas Cafesalud
 Otras Cual? _____

3. A cuantas personas tiene afiliado de su grupo familiar incluido el cotizante? _____

4. Sexo afiliados Mujeres Hombre

5. Edades

6. Donde se encuentra ubicada la IPS donde lo atienden? _____

7. Es fácil solicitar y cancelar una cita? Si No

8. Es fácil llegar a las IPS cuando tiene c Si No

9. Que servicios de transporte utiliza para llegar a su cita?

Bus Urbano MIO Moto Taxi
 Vehiculo Particular Informal

10. En promedio cuanto tiempo utiliza para llegar a su cita médica desde que sale de su casa?

< 30 min 30 a 1Hr 1 a 2 hrs Mas de 3 hrs

11. Cuando demora aproximadamente el recorrido en el medio de transporte que utiliza para llegar a su cita?

Menos 30m 30 a 45 min 45 min a 1 Hr Mas de 1 Hr

12. Que tan agil es la atencion cuando llega a su cita?

Buena Regular Mala

13. Que servicios a demas de medicina general demanda usted? _____

14. Con que frecuencia demanda estos servicios?

Menos 1 mes 1 a 2 meses 2 a 6 meses Mas 6 meses

15. Como califica el servicio de su IPS

Bueno Regular Malo

16. Le gustaria que hubiera una IPS que lo atendiera en el oriente de Cali?

SI NO

17. Donde cree usted que seria apropiada la ubicación de la IPS para usuarios del oriente de Cali?

Calle 76 con Carrera 28C (Alfonso Bonilla) Carrera 41B Con Calle 44 (Antonio Nariño)

Calle 36 Con Carrera 40 (union Vivienda Popular)

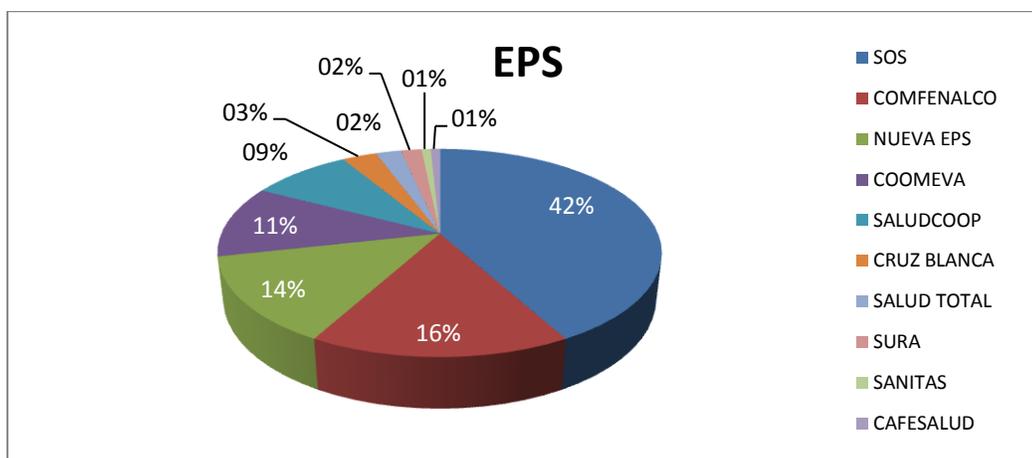
7.6.3 Resultados de la Encuesta

Para realizar el análisis se tomaron las preguntas de la encuesta más relevantes, y las cuales se detallan a continuación:

Primera pregunta: ¿Está afiliado a una EPS o al Sisben? Todas las encuestas debían ser realizadas a personas que estuvieran afiliadas al régimen contributivo de salud, si estaban afiliadas al Sisben, se omitía la encuesta, de acuerdo a esto el 100% de los encuestados estaban afiliados a una EPS.

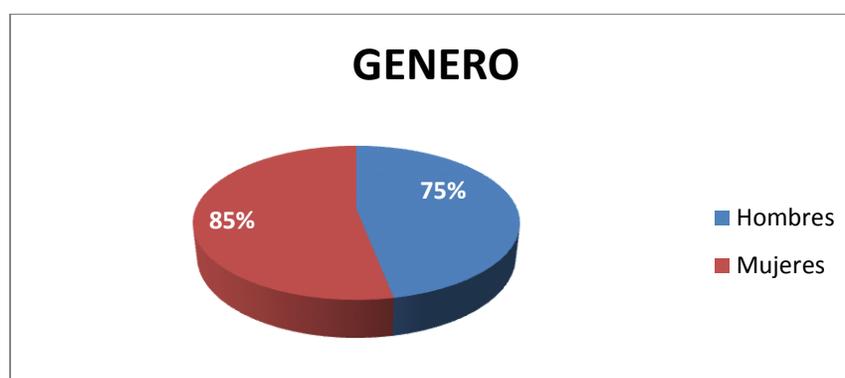
Segunda pregunta: ¿A que EPS se encuentra afiliado? El 42% de los encuestados pertenecen a la EPS SOS del grupo Comfandi, quienes cuentan con dos IPS propias en el oriente de Cali para atención a sus afiliados; luego están Comfenalco 16%, Nueva EPS 13,5% y Coomeva 11,2% como las principales EPS a las que están afiliados los habitantes del sector.

Grafica 1. Análisis participación segunda pregunta afiliación EPS



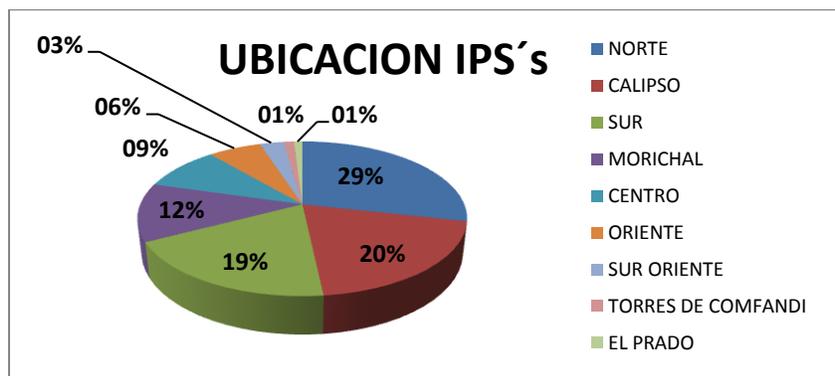
Cuarta pregunta: ¿Sexo de los afiliados? La mayoría de la población encuestada y que tiene personas de su grupo familiar afiliados a la EPS son mujeres.

Grafica 2. Análisis participación cuarta pregunta Genero



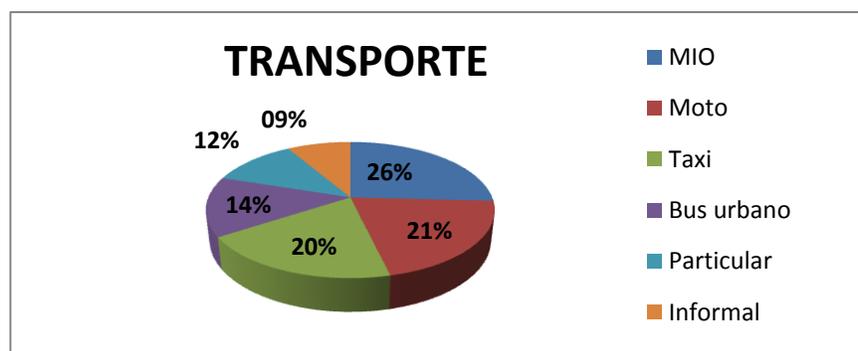
Sexta pregunta: ¿Dónde se encuentra ubicada la IPS donde lo atienden? El mayor porcentaje de las IPS donde atienden a los usuarios del sector están ubicadas al norte y sur de la ciudad de Cali con un 47,5%.

Grafica 3. Análisis participación sexta pregunta Ubicación IPS



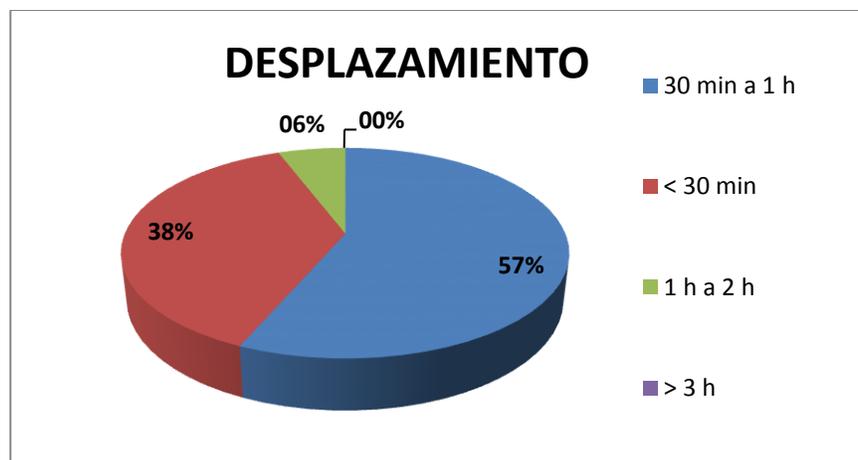
Novena pregunta: ¿Qué servicio de transporte utiliza para llegar a su cita? La mayoría de los encuestados utilizan transporte público para desplazarse hacia las EPS a atender sus necesidades en salud.

Grafica 4. Análisis participación Novena pregunta servicio de transporte



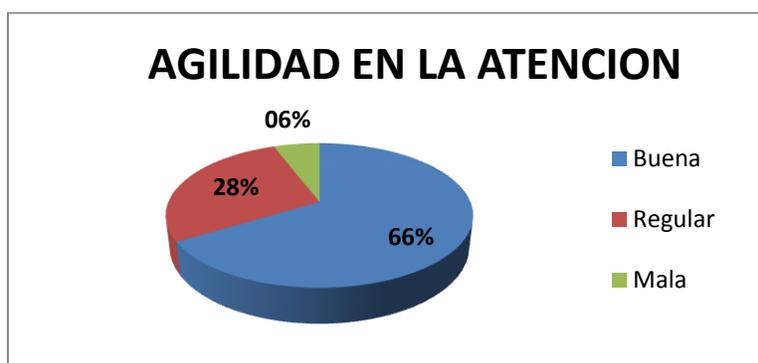
Decima pregunta: ¿En promedio cuanto tiempo utiliza para llegar a su cita médica desde que sale de su casa? El 56,5% de las personas encuestadas manifiestan que se demoran entre 30 minutos y 1 hora para desplazarse hasta el sitio donde está ubicada su IPS

Grafica 5. Análisis participación decima pregunta desplazamiento



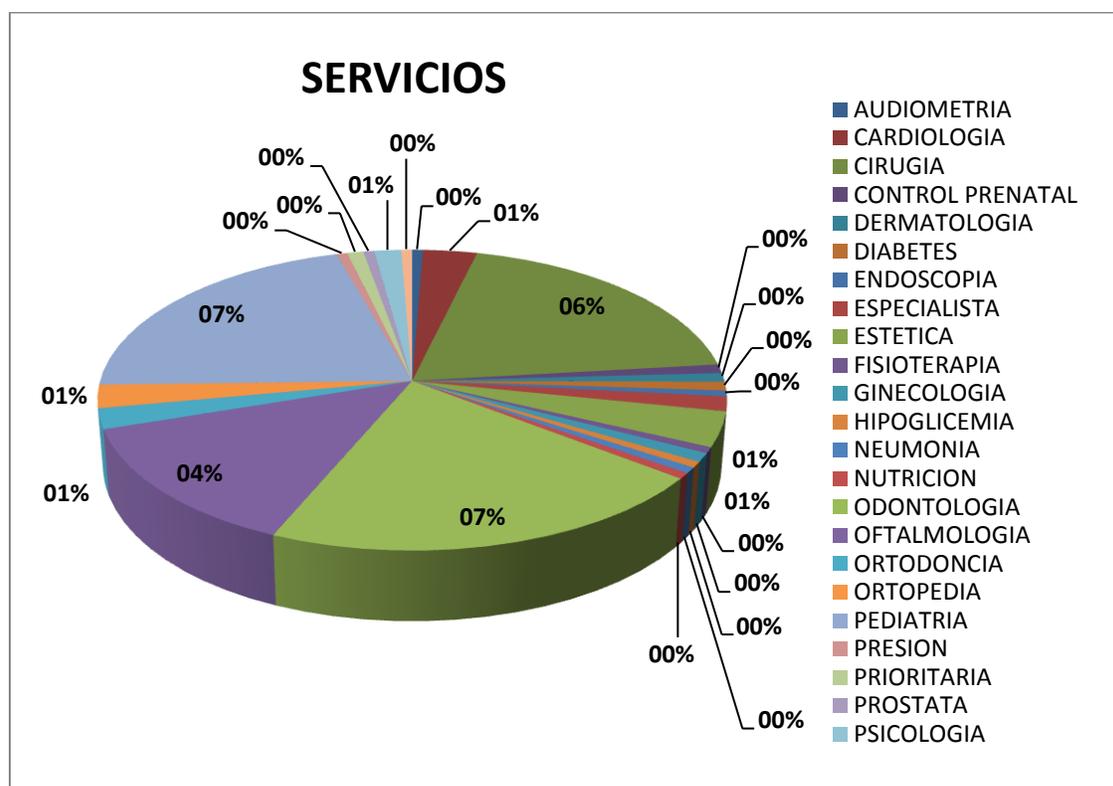
Décimo segunda pregunta: ¿Qué tan ágil es la atención cuando llega a su cita? El 66,3% manifiestan estar a gusto con la agilidad en la atención prestada por su IPS

Grafica 6. Análisis participación decimosegunda pregunta Agilidad en la atención



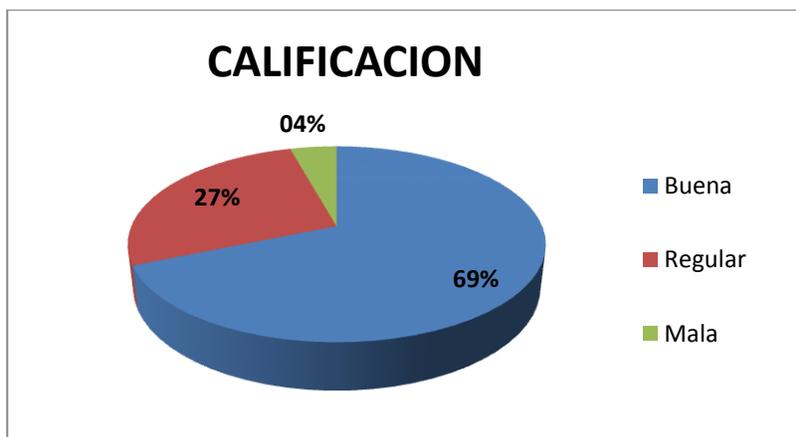
Décimo tercera pregunta: ¿Qué servicios además de medicina general demanda usted? Se presentaron 24 servicios fuera de la medicina general básica a los cuales están interesados los usuarios de encontrar en la IPS

Grafica 7. Análisis participación décimo tercera pregunta servicios



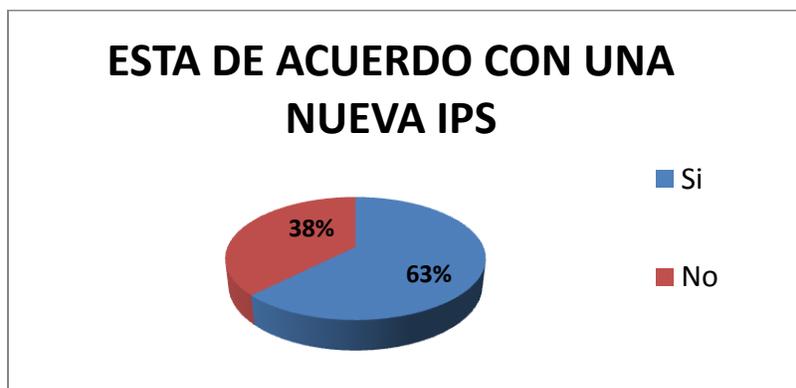
Décimo quinta pregunta: ¿Cómo califica el servicio de su IPS? El 68,7% de los encuestados califican como buena la atención y prestación de los servicios de su EPS

Grafica 8. Análisis participación décimo quinta pregunta Calificación



Décimo sexta pregunta: ¿Le gustaría que hubiera una IPS que lo atendiera en el oriente de Cali? El 62,5% están de acuerdo en que se construya una nueva IPS en el oriente de Cali.

Grafica 9. Análisis participación décimo sexta pregunta Está de acuerdo con una nueva IPS



Décimo séptima pregunta: ¿Dónde cree usted que sería apropiada la ubicación de la IPS para usuarios del oriente de Cali? El 35,5% de los encuestados no opinaron sobre donde se debería instalar la nueva IPS, de los que opinaron, la ubicación más factible seleccionada por los usuarios está en el barrio Antonio Nariño en la dirección: carrera 41B con calle 44 esquina.

Grafica 10. Análisis participación décimo séptima pregunta Ubicación Nueva IPS



El estudio cuantitativo nos muestra que es factible la implementación de una IPS en el oriente de Cali ya que permitiría la reducción de los tiempos de desplazamiento y por consiguiente el tiempo que invierten los usuarios al acceder a los servicios de salud. Adicionalmente hay un alto potencial de incluir otro tipo de servicios que podrían ayudar al desarrollo de la propuesta del estudio de factibilidad.

8. ESTUDIO TECNICO/OPERATIVO

Con el fin de identificar y conocer las necesidades del proyecto, así como también los costos en los cuales se deben incurrir para cubrir dichas necesidades, a continuación se presenta el estudio técnico/operativo para la constitución de la IPS.

8.1 CAPACIDAD ÓPTIMA

La capacidad optima de la IPS, está basada en el número promedio de médicos, consultorios y demás de la competencia, según observación directa de una IPS. Para este caso tenemos:

Tabla 26. Capacidad optima de la IPS

<i>Servicio</i>	<i>N° Profesionales</i>	<i>Horas disponibles al día Hrs</i>	<i>Tiempo por Cita (Min)</i>	<i>Dias Laborales Mes</i>	<i>Citas en el día por Medico</i>	<i>Total Citas en el día a Asignar</i>	<i>Citas en el mes por Medico</i>	<i>Total Citas en el mes a Asignar</i>
Medicina General	5	8	15	24	32	160	768	3.840
Odontología	3	8	15	24	32	96	768	2.304
Consulta Higiene Oral	1	8	15	24	32	32	768	768
Limpieza con topicacion con Fluor en Gel y/o Solucion y Control de Placa Dental	1	8	15	24	32	32	768	768
Aplicación de Sellantes de Autocurado o Fotocurado (Por Diente)	1	8	15	24	32	32	768	768
Oftalmología	1	8	15	24	32	32	768	768
Fisioterapia	1	8	15	24	32	32	768	768
Pedriatria	2	8	15	24	32	64	768	1.536
Cardiología	2	8	15	24	32	64	768	1.536
Nutricionista	1	8	15	24	32	32	768	768
Total						576		13.824
<i>Servicios Enfermeria</i>	<i>N° Profesionales</i>	<i>Horas disponibles al día Hrs</i>	<i>Tiempo por Cita (Min)</i>	<i>Dias Laborales Mes</i>	<i>Citas en el día por Medico</i>	<i>Total Citas en el día a Asignar</i>	<i>Citas en el mes por Medico</i>	<i>Total Citas en el mes a Asignar</i>
Consulta por Control o de Seguimiento		4	15	24	16	16	384	384
Toma no Quirurgico de Muestra o Tejido Vaginal para Estudio Citologico	1	4	15	24	16	16	384	384
Total						32		768
<i>Vacunacion *</i>	<i>N° Profesionales</i>	<i>Horas disponibles al día Hrs</i>	<i>Tiempo por Cita (Min)</i>	<i>Dias Laborales Mes</i>	<i>Citas en el día por Medico</i>	<i>Total Citas en el día a Asignar</i>	<i>Citas en el mes por Medico</i>	<i>Total Citas en el mes a Asignar</i>
Fiebre Amarilla								
Administracion de Toxoide Difterico								
Tuberculosis (BCG)								
Combinada contra Difteria, Tetanos y Tos Ferina (DPT)	1	8	15	24	32	32	768	768
Poliomelitis (VOP O IVP)								
Hepatitis B								
Haemophilus Influenza Tipo B								
Total						32		768

Los costos por servicio, según esta capacidad óptima de atención son los siguientes:

Tabla 27. Costos por servicio según capacidad óptima de atención

Servicio	Total Citas en el mes	Costo			Gastos Operacionales	Costo Total por Unidad de Servicio	Costo Total Anual
		Mano de Obra Directa	Costo Insumos Hospitalarios	Costo Laboratorio y Farmacia			
Medicina General	3.840	7.070	32	1.313	5.943	14.358	387.755.657
Odontología	2.304	5.681	32	1.313	5.943	12.969	194.248.738
Consulta Higiene Oral	768	2.703	32	1.313	5.943	9.991	37.306.731
Limpieza con topicación con Fluor en Gel y/o Solucion y Control de Placa Dental	768	2.703	32	1.313	5.943	9.991	37.306.731
Aplicación de Sellantes de Autocurado o Fotocurado (Por Diente)	768	2.703	32	1.313	5.943	9.991	37.306.731
Oftalmología	768	8.318	32	1.313	5.943	15.606	89.049.531
Fisioterapia	768	2.221	32	1.313	5.943	9.509	32.860.683
Pedriatria	1.536	4.606	32	1.313	5.943	11.894	109.683.583
Cardiología	1.536	7.902	32	1.313	5.943	15.190	170.433.463
Nutricionista	768	4.991	32	1.313	5.943	12.279	58.387.131
Consulta por Control o de Seguimiento	384	3.639	32	1.313	5.943	10.927	22.965.266
Toma no Quirurgico de Muestra o Tejido Vaginal para Estudio Citologico	384	3.639	32	1.313	5.943	10.927	22.965.266
Vacunación	768	3.639	32	1.313	5.943	10.927	45.930.531
Total	15.360						1.246.200.045

Utilizando una capacidad de utilización de servicios más probable o moderada, los costos por servicio serían los siguientes:

Tabla 28. Costos según utilización de la capacidad óptima de la utilización de servicios

Servicio	Total Citas en el mes	Costo			Gastos Operacionales	Costo Total por Unidad de Servicio	Costo Total Anual
		Mano de Obra Directa	Costo Insumos Hospitalarios	Costo Laboratorio y Farmacia			
Medicina General	1.920	7.070	32	1.313	11.887	20.302	193.877.829
Odontología	1.152	5.681	32	1.313	11.887	18.912	97.124.369
Consulta Higiene Oral	384	2.703	32	1.313	11.887	15.935	18.653.366
Limpieza con topicación con Fluor en Gel y/o Solucion y Control de Placa Dental	384	2.703	32	1.313	11.887	15.935	18.653.366
Aplicación de Sellantes de Autocurado o Fotocurado (Por Diente)	384	2.703	32	1.313	11.887	15.935	18.653.366
Oftalmología	384	8.318	32	1.313	11.887	21.549	44.524.766
Fisioterapia	384	2.371	32	1.313	11.887	15.602	17.120.246
Pedriatria	768	4.606	32	1.313	11.887	17.837	54.841.791
Cardiología	768	7.902	32	1.313	11.887	21.133	85.216.731
Nutricionista	384	4.991	32	1.313	11.887	18.222	29.193.566
Consulta por Control o de Seguimiento	192	7.278	32	1.313	11.887	20.509	19.866.883
Toma no Quirurgico de Muestra o Tejido Vaginal para Estudio Citologico	192	7.278	32	1.313	11.887	20.509	19.866.883
Vacunación	384	7.278	32	1.313	11.887	20.509	39.733.766
Total	15.360					18.684	657.326.927

Para este caso, se utilizó el 50% de la capacidad total de la IPS. Para los siguientes años el incremento de los servicios prestados fue utilizando 59%, 71%, 84% y en el año 5 alcanzaría la capacidad máxima instalada.

8.2 LOCALIZACIÓN

Teniendo en cuenta que uno de las ideas centrales por las cuales surgió el problema de investigación de este proyecto fue la localización actual de los puntos de atención de las EPS, la determinación de la localización de la IPS fue basada en los siguientes criterios:

- Lugar central para todos los habitantes de la población de estudio.
- Vías de acceso principales.
- Visibilidad (esquina)
- Dimensiones mínimas del lote o casa deben ser de 225 mt² por piso

A partir de ello, se identificaron las siguientes posibles zonas que cumplían con los criterios de decisión:

- a) Calle 76 con carrera 28C barrio Alfonso Bonilla Aragón.
- b) Carrera 41B con calle 44 barrio Antonio Nariño.
- c) Calle 36 con carrera 40 barrio La Unión.

Según el estudio cuantitativo realizado en el capítulo anterior, para el 34% de los usuarios del oriente de Cali la ubicación más óptima es la opción b barrio Antonio Nariño; sin embargo al momento de buscar físicamente el posible lugar de ubicación de la IPS, se pudo evidenciar que:

- a) No existen lotes disponibles para la venta o alquiler en ese lugar.
- b) Las casas esquineras en este caso, tienen aproximadamente 113 mt² por piso, por tanto no cumple con las especificaciones mínimas de la IPS.
- c) En su mayoría, las casas que están para alquiler en estas zonas son de propiedad de personas que tienen más de una opción habitacional y que compraron dicha casa como una inversión mediante el alquiler familiar, por tanto no están interesados en que dicha vivienda sea modificada como negocio.
- d) Si estas casas se modifican para negocio, los propietarios deben incurrir en un alza en los impuestos de esta, y si por algún motivo se decide cambiar de lugar ellos incurrirían en otros costos, que los propietarios no están dispuestos a asumir.

Teniendo en cuenta lo anterior, se analizó otra opción de localización de la IPS, esta vez tomando como referencia el punto anterior y se encontró un lote a la venta en el barrio EL Poblado II, que tiene un área de 568 mt², ubicado sobre la Avenida Ciudad de Cali, con paradero del sistema masivo integrado de occidente (MIO) y cerca limitando con el complejo académico Nuevo Latir.

Imagen 4. Localización del proyecto de la IPS barrio El Poblado II



El lote tiene un valor comercial de \$370.0000, adicional a esto a continuación se detallan los costos de construcción y adecuación para la constitución de la IPS:

Tabla 29. Costos de lote y construcción de la IPS

	<i>Valor Total</i>	<i>Mt²</i>	<i>Costo Mt²</i>
Lote	370.000.000	568	651.408
Construcción	819.000.000	1.704	480.634
Total	1.189.000.000		

Teniendo en cuenta lo anterior la inversión total para compra y construcción del complejo donde se ubicara la IPS será de \$1.189.000.000. A los cuales se les deben sumar los siguientes costos que hacen parte del mismo:

Tabla 30. Costos constitución de la IPS

<i>ITEM</i>	<i>Valor Total</i>
Escritura de Constitución	783.000
Registro Escritura	5.563.500
Registro Mercantil	982.150
Uso de Suelos	9.000
Licencia Construcción	4.783.881
Total	12.121.531

Estos costos son calculados en base a un simulador virtual disponible en la página de la Oficina de instrumentos públicos de Cali. Además es importante aclarar que los gastos de escrituración son asumidos por ambas partes (comprador – vendedor), pero el valor contemplado hace referencia solo a la parte que le corresponde asumir al inversionista en este caso “comprador”.

La construcción constará de 3 niveles; en el 1er nivel se ubicará la atención básica en salud y el laboratorio que son los servicios más utilizados por los afiliados, en el 2do piso se encontrarán los consultorios de medicina más especializada y en el 3er piso encontraremos la parte administrativa de la IPS, tal y como se muestran en los planos diseñados y los cuales hacen parte de los anexos. (Ver anexo número **xx**)

8.3 INVERSIONES MAQUINARIA Y EQUIPO

Ya después de haber determinado el lugar y condiciones del edificio, a continuación se detallan los costos de la maquinaria y equipo que harán parte de la IPS:

Tabla 31. Inversiones maquinaria y equipo

Area	Activos	Cantidad	Valor unitario	Valor Final
Medico	Tensiómetro	5	\$ 60.000	\$ 348.000
Medico	Fonendoscopio	5	\$ 30.000	\$ 174.000
Medico	Equipo de organos de los sentidos	5	\$ 300.000	\$ 1.740.000
Medico	Pesa de pie	5	\$ 50.000	\$ 290.000
Medico	Camilla	5	\$ 180.000	\$ 1.044.000
Medico	Escalerilla 2 peldaños	5	\$ 105.000	\$ 609.000
Medico	Lampara cuello de cisne	5	\$ 175.000	\$ 1.015.000
Medico	Recipiente para desechos	5	\$ 200.000	\$ 1.160.000
Medico	Linterna	5	\$ 30.000	\$ 174.000
Medico	Termometro	5	\$ 5.000	\$ 29.000
Medico	Martillo de reflejos	5	\$ 55.000	\$ 319.000
Medico	Monitor signos vitales	1	\$ 2.500.000	\$ 2.900.000
Odontologico	Unidad Odontologica	3	\$ 5.900.000	\$ 20.532.000
Odontologico	Airotor	3	\$ 1.400.000	\$ 4.872.000
Odontologico	Micromotor	3	\$ 1.500.000	\$ 5.220.000
Odontologico	Compresor de aire	3	\$ 1.000.000	\$ 3.480.000
Odontologico	Esterilizador	3	\$ 1.000.000	\$ 3.480.000
Odontologico	Juego de instrumental Basico	3	\$ 2.000.000	\$ 6.960.000
Oftalmologico	Dotación Oftalmologia (caja pruebas, retinoscopio, lampara)	1	\$ 4.550.000	\$ 5.278.000
Oftalmologico	Autorefractometro	1	\$ 10.000.000	\$ 11.600.000
Pediatría	Camilla	1	\$ 120.000	\$ 139.200
Pediatría	Pesa bebés	2	\$ 150.000	\$ 348.000
Pediatría	Tallimetro	2	\$ 100.000	\$ 232.000
Enfermería	Botiquin	3	\$ 100.000	\$ 348.000
Enfermería	Nevera	2	\$ 700.000	\$ 1.624.000
Enfermería	Locker 12 puestos	2	\$ 500.000	\$ 1.160.000
Recepción	Conmutador	1	\$ 5.000.000	\$ 5.800.000
Recepción	Telefono	40	\$ 50.000	\$ 2.320.000
Sistemas de Info	Servidor	1	\$ 2.853.000	\$ 3.309.480
Sistemas de Info	Impresora Multifuncional Laser MF 4770N	4	\$ 689.000	\$ 3.196.960
Sistemas de Info	Computadores	35	\$ 2.000.000	\$ 81.200.000
Sistemas de Info	Sistema de Audio	1	\$ 1.890.000	\$ 2.192.400
Sistemas de Info	Televisor	1	\$ 785.000	\$ 910.600
Medico	Escritorio	5	\$ 777.200	\$ 4.507.760
Medico	Silla médico	5	\$ 250.000	\$ 1.450.000
Medico	Silla paciente	10	\$ 54.000	\$ 626.400
Medico	Camilla ginecologica	1	\$ 110.000	\$ 127.600
Medico	instrumental ginecologico basico (juegos con espejos, foster, etc)	1	\$ 800.000	\$ 928.000
Pediatría	Escritorio	1	\$ 777.200	\$ 901.552
Pediatría	Silla médico	1	\$ 250.000	\$ 290.000
Pediatría	Silla paciente	2	\$ 54.000	\$ 125.280
Odontologia	Lupa con luz led	3	\$ 46.000	\$ 160.080
Odontologia	Mesa para equipos	3	\$ 380.000	\$ 1.322.400
Nutricionista	Escritorio	1	\$ 777.200	\$ 901.552
Nutricionista	Silla médico	1	\$ 250.000	\$ 290.000
Nutricionista	Silla paciente	1	\$ 54.000	\$ 62.640
Administración	Oficinas	15	\$ 500.000	\$ 8.700.000
Administración	Cubiculos	8	\$ 300.000	\$ 2.784.000
Administración	Salas con panel yeso	11	\$ 300.000	\$ 3.828.000
Administración	Baños	6	\$ 250.000	\$ 1.740.000
Administración	Salas de espera	1	\$ 1.000.000	\$ 1.160.000
Administración	Cocina dotada	1	\$ 2.500.000	\$ 2.900.000
Total		248	\$ 55.406.600	\$ 206.809.904

Como se puede observar, es necesario realizar una inversión de \$206.809.904, para compra de todo los activos fijos necesarios para el funcionamiento y prestación del servicio de la IPS.

8.4 TECNOLOGÍA

La inversión tecnológica del proyecto hace referencia al software que se va utilizar para el manejo de la información tanto administrativa como operativa, y también a las licencias de Microsoft utilizadas en la administración:

Tabla 32. Inversión en tecnología

<i>ITEM</i>	<i>Valor Total</i>
Software	11.600.000
Licencias	46.400.000
Total	58.000.000

8.5 MANO DE OBRA

En cuanto a la mano de obra, como es toda empresa, es necesario clasificarla entre mano de obra directa, que para este caso serían todos los profesionales en las áreas de la salud que son los responsables de brindar el servicios a los usuarios; y la mano de obra indirecta, que hace referencia a todo el personal administrativo y servicios generales de la IPS. El personal requerido para atender la totalidad de necesidades y actividad de la IPS y los costos que implican estos son los siguientes:

Mano de Obra Directa:

Tabla 33. Inversión en Mano de Obra Directa

COSTOS

MANO DE OBRA DIRECTA

Recurso	Unidades	Salario Basico	Auxilio Transporte	Total Salario Basico	Factor Prestacional	Total Salario + Prestaciones Mensual	Total Salario Anual
					59,70%		
Medicos Generales	5	3.400.000	-	17.000.000	10.149.000	27.149.000	325.788.000
Odontologos	3	1.500.000	-	4.500.000	2.686.500	7.186.500	86.238.000
Auxiliares Odont	3	1.232.000	-	3.696.000	2.206.512	5.902.512	70.830.144
Higienista Oral	3	1.300.000	-	3.900.000	2.328.300	6.228.300	74.739.600
Oftalmologo	1	4.000.000	-	4.000.000	2.388.000	6.388.000	76.656.000
Fisioterapeuta	1	996.000	72.000	1.068.000	637.596	1.705.596	20.467.152
Pedriatra	2	2.215.000	-	4.430.000	2.644.710	7.074.710	84.896.520
Cardiologia	2	3.800.000	-	7.600.000	4.537.200	12.137.200	145.646.400
Nutricionista	1	2.400.000	-	2.400.000	1.432.800	3.832.800	45.993.600
Enfermeras	2	1.750.000	-	3.500.000	2.089.500	5.589.500	67.074.000
Total	23	22.593.000	72.000	52.094.000	31.100.118	83.194.118	998.329.416

Mano de Obra Indirecta:

Tabla 34. Inversión en Mano de Obra Indirecta

COSTOS

PERSONAL ADMINISTRATIVO

Recurso	Unidades	Salario Basico	Auxilio Transporte	Total Salario Basico	Factor Prestacional	Total Salario + Prestaciones	Total Salario Anual
					59,70%		
Gerente General	1	6.800.000	-	6.800.000	4.059.600	10.859.600	130.315.200
Secretaria	1	1.400.000	-	1.400.000	835.800	2.235.800	26.829.600
Jefe Operaciones	1	2.400.000	-	2.400.000	1.432.800	3.832.800	45.993.600
Jefe Recursos Humanos	1	2.800.000	-	2.800.000	1.671.600	4.471.600	53.659.200
Auxiliar Recursos Humanos	1	900.000	72.000	972.000	580.284	1.552.284	18.627.408
Jefe Compras	1	2.700.000	-	2.700.000	1.611.900	4.311.900	51.742.800
Auxiliar Compras	1	900.000	72.000	972.000	580.284	1.552.284	18.627.408
Contador	1	2.800.000	-	2.800.000	1.671.600	4.471.600	53.659.200
Auxiliar Contable	1	900.000	72.000	972.000	580.284	1.552.284	18.627.408
Ejecutivo Marketing y Ventas	2	2.100.000	-	4.200.000	2.507.400	6.707.400	80.488.800
Gerente Financiero	1	4.700.000	-	4.700.000	2.805.900	7.505.900	90.070.800
Analista Financiero	1	2.700.000	-	2.700.000	1.611.900	4.311.900	51.742.800
Analista Credito y Cobranza	1	1.800.000	-	1.800.000	1.074.600	2.874.600	34.495.200
Director Juridico	1	3.100.000	-	3.100.000	1.850.700	4.950.700	59.408.400
Ingeniero de Software y Sistemas	1	2.100.000	-	2.100.000	1.253.700	3.353.700	40.244.400
Recepcionista	2	850.000	72.000	1.772.000	1.057.884	2.829.884	33.958.608
Total	18	38.950.000	288.000	42.188.000	25.186.236	67.374.236	808.490.832

Mano de Obra Subcontratada:

Tabla 35. Inversión Mano de Obra Subcontratada

COSTOS

MANO DE OBRA SUBCONTRATADA

Recurso	Unidades	Salario Basico	Auxilio Transporte	Total Salario Basico + Auxilio	Provision Prestacional	Provision Aportes	Administracion	Total Salario + Prestac. Mensual + Admon	Total Anual
					22,21%	23,44%	7%		
Servicios Generales	2	616.000	72.000	1.376.000	305.610	288.732	137.924	2.108.265	25.299.180
Vigilantes	3	800.000	72.000	2.616.000	581.014	562.464	263.163	3.197.014	38.364.163
Mantenimiento	1	700.000	72.000	772.000	171.461	164.052	77.526	943.461	11.321.534
Total	6	2.116.000	216.000	4.764.000	1.058.084	1.015.248	478.613	6.248.740	74.984.878

8.6 OTROS COSTOS

Este punto hace referencia a los costos a incurrir en un año y que son indispensables para el funcionamiento, tales como costo de insumos, servicios públicos:

Tabla 36. Otros costos de inversión

<i>ITEM</i>	<i>Año 1</i>
<i>Insumos Hospitalarios</i>	5.870.629
<i>Laboratorio</i>	50.000.000
<i>Farmacia</i>	192.000.000
Energía	8.299.080
Acueducto	11.800.152
Alcantarillado	13.267.512
Aseo Integral	2.980.512
Alumbrado Público	979.344
Internet y Teléfono	7.256.400
Impuesto Predial	5.801.600
Registro Mercantil	982.150
Respel	3.000.000
Total	302.237.379

Vale la pena aclarar que estos costos aumentan cada año según el incremento del IPC, y así como también del número de servicios que se preste. Para este caso se tomó como base utilizando la capacidad total de la IPS.

8.8 DISTRIBUCIÓN Y PRECIO

El sistema de seguridad y salud tiene establecidas cuotas moderadoras a los afiliados a las EPS, las cuales varían de acuerdo al ingreso de los afiliados. Para negociar con las EPS se utiliza un tarifario establecido por el gobierno de acuerdo al tipo de servicio que se va a prestar y sobre éste valor la IPS incrementa un % el cual tienen que pagar las EPS por la atención a sus usuarios, lo cual representa los ingresos de la IPS.

A continuación se detallan la tabla de precios tanto para el escenario óptimo como para el escenario moderado:

Tabla 37. Precios Escenario Óptimo

<i>Servicio</i>	<i>Costo</i>	<i>Año 1</i>	<i>Año 2</i>	<i>Año 3</i>	<i>Año 4</i>	<i>Año 5</i>
Medicina General	14.358	24.600	25.444	26.367	27.285	28.193
Odontología	12.969	22.220	22.982	23.816	24.645	25.466
Consulta Higiene Oral	9.991	17.118	17.705	18.348	18.987	19.619
Limpieza con topicacion con Fluor en Gel y/o Solucion y Control de Placa Dental	9.991	17.118	17.705	18.348	18.987	19.619
Aplicación de Sellantes de Autocurado o Fotocurado (Por Diente)	9.991	17.118	17.705	18.348	18.987	19.619
Oftalmología	15.606	26.737	27.655	28.658	29.656	30.643
Fisioterapia	9.509	16.292	16.850	17.462	18.070	18.672
Pediatría	11.894	20.378	21.077	21.842	22.602	23.355
Cardiología	15.190	26.025	26.918	27.895	28.865	29.827
Nutricionista	12.279	21.037	21.759	22.549	23.333	24.110
Consulta por Control o de Seguimiento Enfermería	10.927	18.721	19.364	20.066	20.765	21.456
Toma no Quirúrgico de Muestra o Tejido Vaginal para Estudio Citológico	10.927	18.721	19.364	20.066	20.765	21.456
Vacuna Fiebre Amarilla	10.927	18.721	19.364	20.066	20.765	21.456
Administración de Toxide Difterico	10.927	18.721	19.364	20.066	20.765	21.456
Vacuna Tuberculosis (BCG)	10.927	18.721	19.364	20.066	20.765	21.456
Vacuna Combinada contra Difteria, Tetanos y Tos Ferina (DPT)	10.927	18.721	19.364	20.066	20.765	21.456
Vacuna Poliomeilitis (VOP O IVP)	10.927	18.721	19.364	20.066	20.765	21.456
Vacuna Hepatitis B	10.927	18.721	19.364	20.066	20.765	21.456
Vacuna Haemophilus Influenza Tipo B	10.927	18.721	19.364	20.066	20.765	21.456
Precio Promedio	11.585	19.849	20.530	21.275	22.016	22.749

Tabla 38. Precios Escenario Moderado

<i>Servicio</i>	<i>Año 1</i>	<i>Año 2</i>	<i>Año 3</i>	<i>Año 4</i>	<i>Año 5</i>
Medicina General	24.599	25.444	26.367	27.285	28.194
Odontología	22.916	23.497	24.153	24.671	25.347
Consulta Higiene Oral	19.308	21.850	21.253	20.264	19.245
Limpieza con topicacion con Fluor en Gel y/o Solucion y Control de Placa Dental	19.308	21.850	21.253	20.264	19.245
Aplicación de Sellantes de Autocurado o Fotocurado (Por Diente)	19.308	21.850	21.253	20.264	19.245
Oftalmología	26.111	34.962	34.037	32.447	30.751
Fisioterapia	18.905	20.712	20.132	19.185	18.217
Pediatría	21.613	21.932	22.511	22.798	23.144
Cardiología	25.607	26.508	27.816	28.809	29.899
Nutricionista	22.079	27.192	26.462	25.228	23.933
Consulta por Control o de Seguimiento Enfermería	24.851	24.035	23.384	22.295	21.162
Toma no Quirúrgico de Muestra o Tejido Vaginal para Estudio Citológico	24.851	24.035	23.384	22.295	21.162
Vacuna Fiebre Amarilla	24.851	24.035	23.384	22.295	21.162
Administración de Toxide Difterico	24.851	24.035	23.384	22.295	21.162
Vacuna Tuberculosis (BCG)	24.851	24.035	23.384	22.295	21.162
Vacuna Combinada contra Difteria, Tetanos y Tos Ferina (DPT)	24.851	24.035	23.384	22.295	21.162
Vacuna Poliomeilitis (VOP O IVP)	24.851	24.035	23.384	22.295	21.162
Vacuna Hepatitis B	24.851	24.035	23.384	22.295	21.162
Vacuna Haemophilus Influenza Tipo B	24.851	24.035	23.384	22.295	21.162
Precio Promedio	23.338	24.322	23.984	23.256	22.510

Para la determinación del precio de venta, fue necesario primero tener en cuenta la suma de los costos totales por cada servicio en proporción a la cantidad de citas a otorgar, así como también el precio de venta de los servicios de la IPS SOS.

8.9 MERCADEO Y ESTRATEGIAS

La estrategia para volver atractivo el proyecto para las EPS, es contar con una institución con todas las normas, procedimientos y servicios; además de ser una alternativa para los usuarios, debe ser una oportunidad para las EPS ya que descongestionan sus sedes para la atención a pacientes y pueden atraer nuevos usuarios.

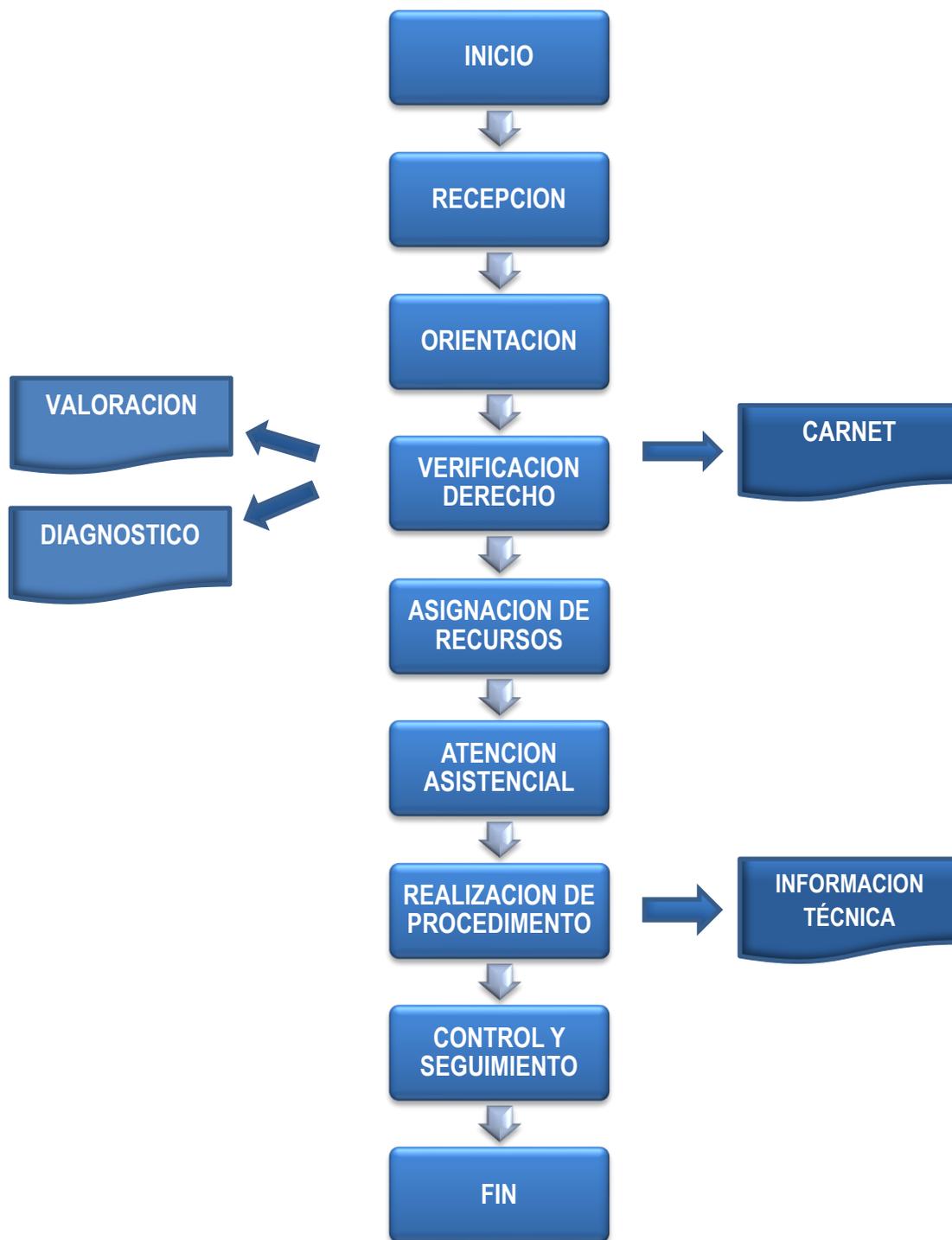
Por otra parte, se pretende que el 98% de los colaboradores sean contratados directamente por la empresa, con el fin de crear una cultura de alto sentido de pertenencia y buen ambiente laboral para que así, desde el interior de la compañía se pueda proyectar un buen servicio que será replicado a los usuarios de los clientes.

8.10 FLUJOGRAMA DEL PROCESO

Para la ejecución de proyecto se presentan 4 flujo gramas que garantizan la operatividad de la IPS y la adecuada prestación de los servicios.

Grafica 11. Flujoograma de negociación con las EPS



Grafica 12. Flujo-grama de la prestación del servicio a los usuarios

Flujo-grama para la prestación de servicios de laboratorio y la IPS

Convenio con un laboratorio clínico para la toma de exámenes y muestras. Ubicados dentro de la IPS para la mejor prestación del servicio a los usuarios.

Grafica 13. Flujograma para la prestación de servicios de laboratorios y la IPS



Flujo-grama para el suministro de medicamentos y la IPS

Convenio con una farmacia del sector para el suministro de medicamentos del POS a través de las fórmulas generadas por la IPS.

Grafica 14. Flujograma para el suministro de medicamentos y la IPS



9. ESTUDIO FACTIBILIDAD ADMINISTRATIVA

En el estudio administrativo, se evaluó la estructura organizacional de la empresa, para lo cual se realizó misión, visión, Objetivos Estratégicos y todo lo referente a la cultura organizacional que tendrá la IPS para así determinar si desde este punto de vista si se cuenta en capacidad de implementar estos y si administrativamente la IPS cumplirá con los objetivos del proyecto.

Misión

Brindar a nuestros clientes un excelente servicio de salud, mediante la atención de sus usuarios de las comunas 13, 14 y 15 del oriente de Cali, adscritos a las diferentes EPS del régimen privado de salud, basados en principios de ética, responsabilidad, respeto y compromiso.

Visión

Consolidarnos en el mercado del sector salud de la zona oriente de Cali, como una IPS reconocida por sus usuarios por sus altos estándares de calidad, calidad humana y compromiso social.

Objetivos Estratégicos

Se definieron los siguientes cinco objetivos estratégicos para la IPS, basados en el core del negocio y que sirvan como estrategia para el cumplimiento de la misión y visión de la compañía:

- Ampliar y mantener redes de confianza con nuestros clientes, para garantizar un crecimiento sostenido.
- Mejorar la gestión de la prestación de los servicios.
- Asegurar el cumplimiento de los estándares calidad en el servicio.
- Desarrollar una cultura organizacional saludable.
- Mejorar la rentabilidad de la empresa.

Para medir el cumplimiento de estos objetivos estratégicos se plantea el siguiente tablero o matriz BSC:

Tabla 39. Matriz Balance Score Card IPS

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Peso	Meta	Indicador	Formula	Vr Esperado
Financiera	Mejorar la rentabilidad de la compañía	20%	Aumentar los servicios prestados en un 5%	Servicios Prestados	$\frac{\text{Servicios prestados año actual} - \text{Servicios prestados año anterior}}{\text{Servicios prestados año anterior}}$	5%
		25%	Reducir costos en un 5%	Reduccion Costos	$\frac{\text{Total costos año actual} - \text{Costo año anterior}}{\text{Total costos año anterior}}$	-5%
		35%	Aumentar clientes en un 10%	Aumento Clientes	$\frac{\text{Clientes año actual} - \text{Clientes año anterior}}{\text{Servicios prestados año anterior}}$	10%
		20%	Incrementar Flujo de Caja Libre en un 7%	Incremento Flujo Caja Libre	$\frac{\text{FCL año actual} - \text{FCL año anterior}}{\text{FCL año anterior}}$	7%
Clientes	Mejorar la gestión de la prestación de los servicios. Ampliar y mantener redes de confianza con nuestros clientes, para garantizar un crecimiento sostenido.	30%	Obtener un ISS del 4.5	Nivel ISS	$\frac{\text{Promedio de puntaje (4,5)}}{\text{Total encuestados}}$	4,50
		30%	Disminuir el numero de reclamos en un 10%	Reclamos	$\frac{\text{Numero Reclamos año actual} - \text{Numero Reclamos año anterior}}{\text{Numero Reclamos año anterior}}$	-10%
		40%	Aumentar los usuarios adscritos en un 20%	Usuarios Adscritos	$\frac{\text{Numero Usuarios año actual} - \text{Numero Usuarios año anterior}}{\text{Numero Usuarios año anterior}}$	20%
Procesos	Asegurar el cumplimiento de los estandares de calidad en el servicio.	40%	Realizar dos auditorias Internas de Calidad en el año	Auditorias Internas	$\frac{\# \text{ Numero de auditorias realizadas en el año}}{\text{Total de Auditorias previstas en el Año}}$	2
		60%	Estandarizar el 100% de los procesos a 31 Diciembre	% Estandarizacion de Procesos	$\frac{\# \text{ Numero de procesos estadarizados}}{\text{Total de procesos}}$	100%
RRHH	Desarrollar una cultura organizacional saludable.	25%	Realizar la evaluacion para el desarrollo al 100% de los colaboradores.	Evaluacion para Desarrollo	$\frac{\# \text{ de colaboradores evaluados}}{\text{Total de Colaboradores}}$	100%
		20%	Obtener un resultado de Clima y Liderazgo > 98%	% Clima y Liderazgo	$\frac{\text{Promedio de Puntaje 98\%}}{\text{Total de Encuestados}}$	98%
		30%	Capacitar el 50% del personal con cargos criticos	Capacitacion al Personal	$\frac{\# \text{ Colaboradores Capacitados}}{\text{Total de colaboradores con Cargos Criticos}}$	50%
		25%	Realizar 4 seguimientos en el año de las matrices de gestion de los colaboradores.	Seguimiento matrices de Gestion	$\frac{\# \text{ seguimientos realizados}}{\text{Seguimientos a realizar}}$	4

Principios Corporativos

Como parte de la estrategia de la IPS, se crearon los siguientes principios corporativos con el fin de lograr que desde el interior de la compañía se forje un común denominador en el actuar y la prestación servicios hacia los clientes y usuarios de estos:

- **Servicio al Cliente:**
Atención a nuestros clientes de manera ágil y oportuna, para cumplir sus necesidades.

- **Respeto:**
Propiciar un ambiente laboral óptimo para ofrecer a nuestros clientes, atención basada en la igualdad.

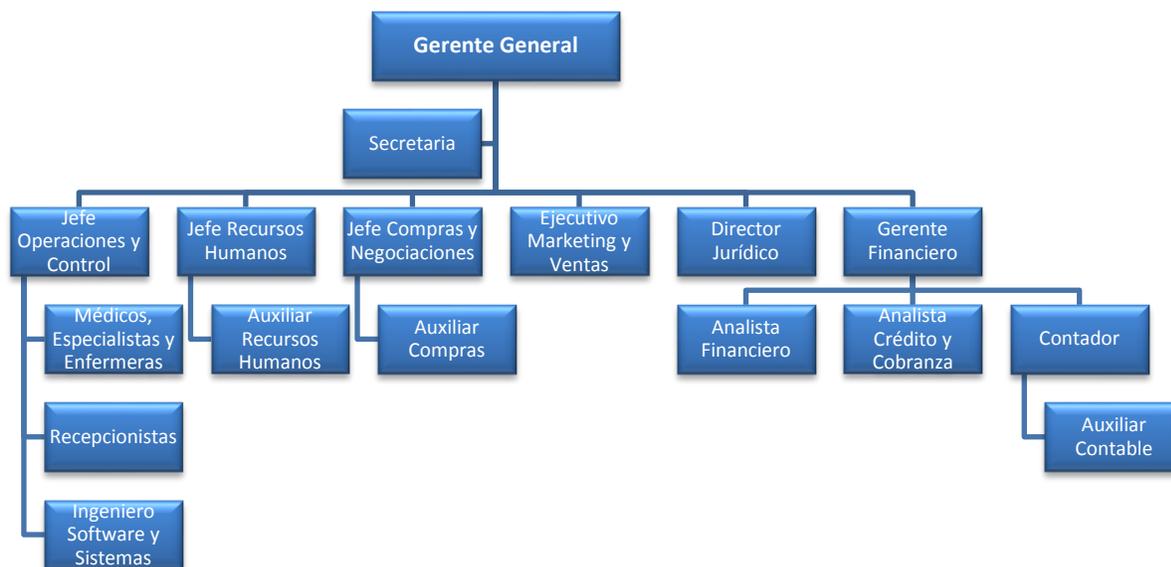
- **Responsabilidad:**
Esfuerzo permanente por contar con personal calificado para brindar a nuestros clientes un servicio de calidad y compromiso social.

- **Compromiso:**
Preocupación por el compromiso con las necesidades del cliente, orientándolo para satisfacer sus necesidades.

- **Ética:**
Inculcar a nuestro personal los principios de coherencia, actuando por el bien en común de nuestros clientes.

Organigrama

Grafica 15. Organigrama



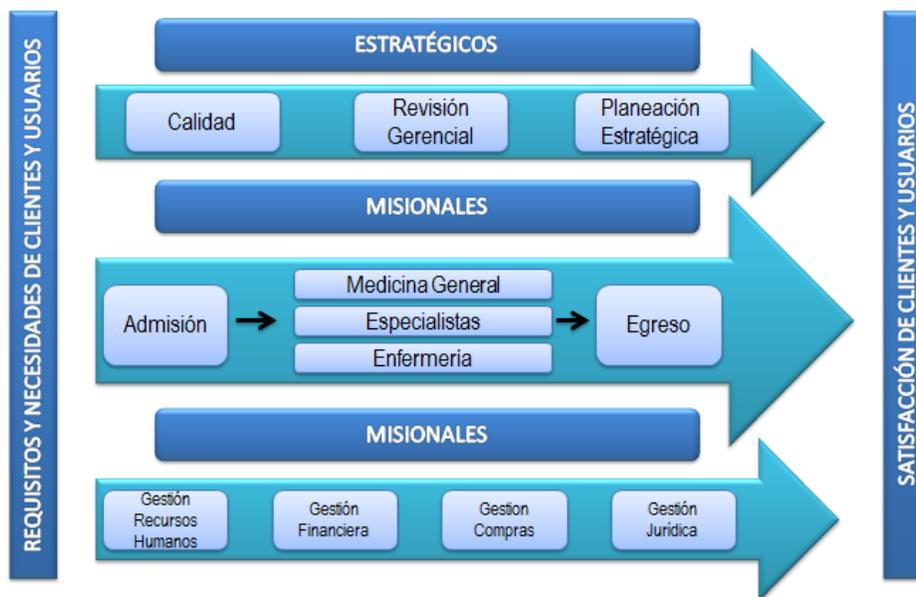
La estructura de la IPS está compuesta por la dirección de un gerente general quien será el responsable de toda la operación de la empresa y quien rendirá cuenta a los socios. De este dependen los jefes de cada una de las áreas administrativas como recursos humanos, compras, ventas, jurídica y financiera. De igual forma depende el área de operación de servicios que está bajo la administración del jefe de operaciones y control y quien a su vez tiene bajo su cargo a todos los médicos, especialistas y enfermeros, así como también las recepcionistas e ingeniero de software y sistemas.

Mapa de Procesos

A continuación se muestra el mapa procesos de la IPS, el cual agrupa los procesos de la empresa según su naturaleza. Los estratégicos son aquellos que dan las directrices y toman las decisiones de la organización como los son revisión gerencial, planeación estratégica y control; los misionales representan la razón de ser (core) del negocio, por esta razón se listan los servicios que se van prestar en la IPS; y por último los procesos de apoyo que son los que soportan y

ayudan a la ejecución y desarrollo de las actividades de toda la organización entre estos están gestión de recursos humanos, gestión financiera, gestión de compras y gestión jurídica.

Grafica 16. Mapa de procesos



Cultura Organizacional

Clima Laboral y Liderazgo

Con el fin de garantizar un ambiente laboral saludable y así poder contribuir al cumplimiento de los objetivos estratégicos planteados para la IPS y garantizar unas buenas relaciones internas para poder brindar un servicio de calidad a los clientes y usuarios; es importante realizar una medición de periodicidad anual del clima organizacional y liderazgo de los jefes de la empresa por medio de una encuesta que arroje resultados para la toma de decisiones e implementación de programas de mejoramiento. Para esto se debe tener en cuenta que:

Clima Laboral: Tiene en cuenta todo lo que afecta la relación de trabajo, relación con los jefes, compañeros y la empresa; es decir, es responsabilidad de todos y por tanto el buen ambiente laboral depende del compromiso de los colaboradores y no de una sola persona.

Liderazgo: En este aspecto se evaluará la gestión y acciones de los jefes de cada área, con el fin de determinar las mejoras de estos en su gestión y lograr un estándar positivo en los procesos.

Gestión del Desempeño

El modelo de gestión del desempeño que se propone, se define con el fin de garantizar que todos los colaboradores impacten en el resultado de la Empresa, a partir de la medición del “Qué resultados aportan” y “Cómo lo hacen”.

Para esto se plantea la realización a todos los colaboradores, de la evaluación para el desarrollo en la cual se medirán los siguientes aspectos:

Desempeño: Es el cumplimiento de las metas y objetivos de cada cargo dentro de los principios y valores organizacionales, teniendo en cuenta esto se requiere que cada cargo tenga definido una matriz de desempeño que contenga los objetivos y metas con su respectiva ponderación, según el nivel de criticidad e impacto en el cargo y en los objetivos de la empresa. El seguimiento al desempeño del colaborador será responsabilidad directa del jefe y debe ser medido con frecuencia anual.

Desarrollo: Es el crecimiento personal del colaborador a través del mejoramiento en sus competencias; el colaborador será responsable de su auto-desarrollo y su jefe respectivo le brindará el apoyo necesario para el mejoramiento de este.

Para la medición de este caso se definieron las siguientes competencias generales que deberá tener cada colaborador y que se diferenciara por el nivel de criticidad según la labor que corresponda:

Tabla 40. Medición crecimiento de los colaboradores en los cargos según nivel de cretividad

Cargo 	Auxiliares - Recepcionistas - Ingeniero		Medicos, Especialistas, Enfermeras		Jefes de Área		Gerente General	
	Nivel Criticidad	Nivel Esperado	Nivel Criticidad	Nivel Esperado	Nivel Criticidad	Nivel Esperado	Nivel Criticidad	Nivel Esperado
Acompañando al cliente	MC	3	MC	4	MC	4	MC	5
Conocimiento Organizacional	C	1	C	3	C	3	C	3
Impacto e Influencia	MC	3	MC	4	MC	4	MC	5
Profundizando en la Información	C	2	C	3	MC	3	MC	4
Compromiso con los Resultados	MC	2	MC	3	C	4	C	5
Pensamiento Innovador	C	1	C	2	C	3	C	3
Desarrollo del Talento	NA	NA	NA	NA	MC	4	C	5
Liderazgo de Equipos	NA	NA	NA	NA	C	4	MC	4

10. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD AMBIENTAL

Como parte del estudio ambiental se evaluaron los impactos generados por las actividades de la operación de la organización, como son el manejo de los desechos y residuos peligrosos, el uso de recursos hídricos y energéticos, uso de aparatos eléctricos y electrónicos, la utilización de químicos para la limpieza de cada una de las áreas de la edificación y vertimientos.

Por tal motivo la empresa y con el fin de tener responsabilidad con el medio ambiente y mitigar los impactos que se generan en consecuencia con sus actividades diarias, se basara en apartes de la NTC ISO 14001; los cuales se desarrollaran en las siguientes etapas:

- Creación de una política ambiental.
- Identificación de los aspectos ambientales.
- Identificación de requisitos legales y otros requisitos ambientales.
- Establecer metas, objetivos y programas de gestión ambiental
- Seguimiento y medición
- Revisión del sistema de gestión ambiental por parte de la alta dirección.

La empresa fundamenta su Sistema de Gestión de acuerdo con la Política Ambiental como salida fundamental de su planeación estratégica, a fin de confirmar su compromiso y responsabilidad con el entorno que lo rodea.

El alcance del Sistema de Gestión Ambiental establece la identificación y evaluación de los aspectos ambientales, el establecimiento de los objetivos, metas y programas lo que permite el desarrollo e implementación de controles operacionales medibles, especialmente para los procesos que intervienen en la prestación de los servicios de salud de Nivel 1 y 2.

10.1 POLÍTICA AMBIENTAL

La organización establece su Política para asegurar la protección del Medio Ambiente y brindar certeza a las partes interesadas el cumplimiento de los requisitos definidos en el Sistema de Gestión Ambiental, fundamentada en los siguientes apartes:

- Se compromete al cumplimiento de la legislación y reglamentación ambiental aplicable, así como otros requisitos a los que la Organización se someta, alineados con la preservación del medio ambiente.
- Establecer procedimientos de mejora continua, implementando programas acordes con la prevención de la contaminación del medio ambiente y el agotamiento de los recursos naturales.
- Gestionar los aspectos ambientales generados en el desarrollo de sus actividades productivas a fin de minimizar los impactos ambientales, mediante la implementación de prácticas amigables con el medio ambiente.
- Fomentar la cultura Ambiental con prácticas amigables con el ambiente, como la clasificación, reciclaje y reutilización de los residuos.
- Mantener relaciones comerciales con proveedores y contratistas que apliquen normas coherentes con la Política Ambiental, promoviendo comportamientos acordes a la preservación del medio ambiente.
- Anualmente la Alta Dirección revisará y aprobará objetivos y metas ambientales, de manera que se establezcan las líneas de mejora continua de la organización.

Esta política será de obligatorio cumplimiento para todos los empleados de la organización.

La comunicación y entendimiento de la Política y los objetivos se logran a través de:

- Inducción a nuevos empleados
- Inducción a contratistas
- Folletos
- Cuadros ubicados en las áreas
- Correos electrónico.

10.2 ASPECTOS AMBIENTALES

La organización por su naturaleza presta servicios de salud y sus actividades están asociadas al uso de recursos hídricos, energéticos y tecnológicos, generando aspectos ambientales significativos considerados en su mayoría potenciales.

El Sistema de Gestión Ambiental de la organización identificara los aspectos ambientales, los cuales serán evaluados y registrados en una matriz de Aspectos Ambientales.

Tabla 41. Identificación de Aspectos e Impactos Ambientales.

ASPECTOS AMBIENTALES	IMPACTOS AMBIENTALES
Generación de Residuos Sólidos	Contaminación del Suelo
Generación de Residuos Peligrosos	Contaminación del Suelo
	Contaminación del Aire
	Afectación a la salud
Generación de Emisiones	Contaminación del Aire
	Afectación a la salud
Generación de Vertimientos	Contaminación del Agua
	Afectación a la salud
	Disminución de Flora y Fauna
Consumo de Agua	Disminución del recurso
Consumo de Energía	Disminución del recurso

10.3 REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS AMBIENTALES

La organización identifica la normatividad legal ambiental vigente a nivel local y nacional, junto con otros requisitos legales que suscriba; los cuales se registraran en una matriz de Requisitos Legales y Otros Requisitos Ambiental.

Tabla 42. Requisitos Legales

REQUISIT O	EMITIDO POR	CRITERIO APLICABLE	ASPECTO AMBIENTAL						COMPONENTE AFECTADO					
			Residuos Peligrosos	Residuos Sólidos	Emisiones	Consumo de Energía	Consumo de Agua	Vertimientos	Agua	Suelo	Air e	Flor a	Fauna	Social
Decreto 2676 de 2002	Ministerio del Medio Ambiente	Gestión Integral de residuos hospitalarios y similares.	X							X				
Decreto 1669 de 2002	Ministerio del Medio Ambiente	Gestión Integral de residuos hospitalarios y similares.	X							X				
Decreto 4741 de 2005	Ministerio del Medio Ambiente	Reglamentación parcial de la prevención y manejo de los residuos o desechos peligrosos.	X							X				
Decreto 1713 de 2002	Ministerio del Medio Ambiente	Gestión Integral de residuos sólidos.		X						X				
Decreto 3102 de 2007	Ministerio del Medio Ambiente	Instalación de equipos, sistemas e implementos de bajo consumo.							X	X				
Decreto 1594 de 1984	Ministerio del Medio Ambiente	Uso del agua y residuos sólidos.		X					X	X	X			
Decreto 948 de 1995	Ministerio del Medio Ambiente	Prevención y control de la contaminación atmosférica y la protección de la calidad del aire.			X						X			
Ley 430 de 1998	Congreso de Colombia	Desechos peligrosos	X							X				

Ley 9 de 1979	Congreso de Colombia	Medidas sanitarias	X	X				X	X	X				X
Resolución 2309 de 1986	Ministerio de Salud	Residuos Especiales	X						X					
Resolución 1043 de 2006	Ministerio de protección social	Prestadores de servicio de salud												X
Ley 697 de 2001. Decreto 3683 de 2003.	Congreso de la República	Mediante la cual se fomenta el uso racional y eficiente de la energía, se promueve la utilización de energías alternativas y se dictan otras disposiciones.				X			X	X	X	X	X	
Decreto 3450 de 2008, Art 1-4	Ministerio de Minas y Energía	Por el cual se dictan medidas tendientes al uso racional y eficiente de la energía eléctrica.				X			X	X	X	X	X	

10.4 OBJETIVOS, METAS Y PROGRAMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL.

La organización establece como objetivo a su Gestión Ambiental **“Crear cultura de Responsabilidad Ambiental en todos los niveles de la organización y partes interesadas, respondiendo a las expectativas y compromisos asumidos con el medio ambiente”**

Se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Disminuir el consumo de agua en la organización.
- Optimizar el uso de energía eléctrica
- Efectuar el manejo y disposición adecuado a los residuos generados por la organización.
- Capacitar a nuestros empleados con el fin de brindar las herramientas y conocimientos necesarios para asegurar el adecuado cumplimiento de los lineamientos ambientales.

Tanto la determinación del objetivo general como de los objetivos específicos y metas del Sistema de Gestión Ambiental, permitirá planificar la mejora del desempeño ambiental.

Los objetivos se definieron en coherencia con la política y se enfocan en el tratamiento de los aspectos ambientales significativos, los requisitos legales y otros requisitos, teniendo en cuenta los recursos financieros, operacionales, administrativos y opciones tecnológicas dispuestas por la organización, sin dejar de lado el desarrollo de acciones hacia las partes externas interesadas.

Los programas de Gestión Ambiental definidos para alcanzar los objetivos y metas con el fin de mitigar los impactos, son los siguientes:

- **Programa de Uso Eficiente de Energía**

Este programa busca reducir el consumo de energía, buscando estrategias de aprovechamiento de la luz natural y el empleo de tecnologías que permitan reducir el consumo de energía eléctrica y el uso de los recursos naturales.

- **Programa de Uso Eficiente del Agua**

Este programa garantiza el control sobre las pérdidas y desperdicios de agua, mediante revisiones periódicas de las instalaciones hidrosanitarias y la promoción de una cultura de consumo racional del recurso.

- **Programa de Gestión Integral de Residuos**

Este programa se basa en la correcta utilización de los materiales, realización de separación en la fuente generadora de residuos sólidos, correcto manejo de los residuos no convencionales, como los residuos peligrosos, eléctricos y electrónicos, e identificación de otros tipos de residuos, como los vertimientos y el CO₂.

- **Programa Criterios Ambientales para las Compras y Gestión Contractual.**

Este programa evidencia acciones que comprendan e implementen criterios ambientales para la dotación de elementos, maquinaria, equipos, o cualquier tipo de contratación de servicios que realice la entidad, obedezca a la inclusión, ya sea como una exigencia o como un incentivo, de criterios ambientales e incluya en sus criterios de evaluación de proveedores el cumplimiento de los requerimientos establecidos en la norma ISO14001, como incentivo a la cultura de gestión ambiental responsable.

10.5 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

El seguimiento y medición del desempeño se ejecutara a través de los indicadores definidos en el sistema de ambiental, los cuales serán analizados y monitoreados con frecuencias definidas. Cuando no se alcancen los resultados esperados, se adoptan las acciones correctivas o preventivas necesarias y se formulan estrategias para asegurar la eficacia.

10.6 REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN.

La Alta Dirección de la organización revisará periódicamente el Sistema de Gestión Ambiental, con el fin de identificar los siguientes aspectos:

- Requisitos legales y Evaluaciones del Cumplimiento Legal y otros requisitos ambientales asociados
- Desempeño ambiental de la organización
- Grado y cumplimiento de objetivos y metas
- Cambios relacionados con los aspectos ambientales
- Acciones de Mejora.

11. ANALISIS FINANCIERO

El análisis financiero permitió evidenciar los costos, gastos e ingresos que se tendrán en el proyecto, así como también los estados de resultados, balance general y flujo de caja de la IPS desde dos puntos de vista; uno optimo y otro moderado o más probable. Al finalizar se presenta la respectiva evaluación de la viabilidad financiera según indicadores como el valor presente neto, la tasa interna de retorno, entre otros.

11.1 ESTADOS FINANCIEROS

En la siguiente tabla se detalla el estado de resultados de la IPS, para el cual da utilidad significativa en los cinco años. Adicional se tomó una reserva legal del 10% y un 25% de impuesto de renta para todos los años.

Los gastos de funcionamiento corresponden a los gastos de servicios públicos, mantenimiento anual del software y las licencias.

Los gastos de depreciación corresponden a los activos fijos, excluyendo el terreno. En el caso de los gastos de amortización corresponden a la amortización de las licencias, software y póliza de seguro todo riesgo que se renueva cada año.

Por último, se tienen unos gastos de provisión, que corresponden al gasto del impuesto predial y registro mercantil con pago en el primer trimestre del año siguiente

Tabla 43. Estado de Resultados Proyectado**Escenario Óptimo**

Concepto	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Ingresos por Ventas	4.011.992.402	4.149.603.742	4.300.234.357	4.449.882.513	4.598.063.601
Costo Venta	1.246.200.045	1.288.944.707	1.335.733.399	1.382.216.922	1.428.244.745
Utilidad Bruta	2.765.792.357	2.860.659.035	2.964.500.958	3.067.665.591	3.169.818.856
Gastos administrativos y Ventas					
Salarios	506.256.000	523.620.581	542.628.008	561.511.463	580.209.794
Aportes sociales	302.234.832	312.601.487	323.948.921	335.222.343	346.385.247
Nomina Agencia Temporal	74.984.878	77.556.859	80.372.173	83.169.124	85.938.656
Total gasto de personal	883.475.710	913.778.926	946.949.101	979.902.930	1.012.533.698
Gastos de Funcionamiento	57.408.280	59.144.144	60.930.652	62.819.092	64.801.129
Depreciación	84.064.648	70.029.344	70.029.344	70.029.344	70.029.344
Amortización	75.342.932	77.529.314	79.922.548	82.300.173	84.654.489
Provisiones	6.783.750	7.016.433	7.271.130	7.524.165	7.774.720
Gasto de intereses	181.177.572	144.942.057	108.706.543	72.471.029	36.235.514
Gastos Preoperativos	12.121.531	-	-	-	-
Total gastos administrativos y ventas	1.300.374.423	1.272.440.219	1.273.809.318	1.275.046.733	1.276.028.894
Utilidad Operacional	1.465.417.935	1.588.218.816	1.690.691.640	1.792.618.858	1.893.789.962
Otros Ingresos	18.000.000	18.617.400	19.293.212	19.964.615	20.629.437
Utilidad Antes de Impuestos	1.483.417.935	1.606.836.216	1.709.984.851	1.812.583.474	1.914.419.399
Impuesto de Renta	370.854.484	401.709.054	427.496.213	453.145.868	478.604.850
Utilidad después de impuestos	1.112.563.451	1.205.127.162	1.282.488.639	1.359.437.605	1.435.814.549
Reserva legal	111.256.345	120.512.716	128.248.864	135.943.761	143.581.455
Utilidad Por Distribuir	1.001.307.106	1.084.614.446	1.154.239.775	1.223.493.845	1.292.233.094

En el escenario más probable u óptimo, se puede visualizar aun trabajando en el primer año con el 50% de la capacidad total de la IPS, las ventas son suficientes para soportar los costos y gastos de la compañía; sin embargo la utilidad por distribuir del año uno, pasa a ser tan solo el 12% del escenario óptimo.

Tabla 44. Estado de Resultados Proyectado**Escenario Moderado**

Concepto	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Ingresos por Ventas	2.123.849.448	2.690.556.115	3.231.842.184	3.841.025.149	4.571.722.661
Costo Venta	657.326.927	888.479.355	1.030.052.570	1.210.557.440	1.428.050.762
Utilidad Bruta	1.466.522.521	1.802.076.761	2.201.789.614	2.630.467.708	3.143.671.898
Gastos administrativos y Ventas					
Nomina	506.256.000	523.620.581	542.628.008	561.511.463	580.209.794
Aportes sociales	302.234.832	312.601.487	323.948.921	335.222.343	346.385.247
Nomina Agencia Temporal	74.984.878	77.556.859	80.372.173	83.169.124	85.938.656
Total gasto de personal	883.475.710	913.778.926	946.949.101	979.902.930	1.012.533.698
Gastos de Funcionamiento	57.408.280	59.144.144	60.930.652	62.819.092	64.801.129
Depreciación	84.064.648	70.029.344	70.029.344	70.029.344	70.029.344
Amortización	75.342.932	77.529.314	79.922.548	82.300.173	84.654.489
Provisiones	6.783.750	7.016.433	7.271.130	7.524.165	7.774.720
Gasto de intereses	181.177.572	144.942.057	108.706.543	72.471.029	36.235.514
Gastos Preoperativos	12.121.531	-	-	-	-
Total gastos administrativos y ventas	1.300.374.423	1.272.440.219	1.273.809.318	1.275.046.733	1.276.028.894
Utilidad Operacional	166.148.099	529.636.542	927.980.296	1.355.420.975	1.867.643.005
Otros Ingresos	18.000.000	18.617.400	19.293.212	19.964.615	20.629.437
Utilidad Antes de Impuestos	184.148.099	548.253.942	947.273.508	1.375.385.591	1.888.272.442
Impuesto de Renta	46.037.025	137.063.485	236.818.377	343.846.398	472.068.110
Utilidad después de impuestos	138.111.074	411.190.456	710.455.131	1.031.539.193	1.416.204.331
Reserva legal	13.811.107	41.119.046	71.045.513	103.153.919	141.620.433
Utilidad Por Distribuir	124.299.967	370.071.411	639.409.618	928.385.274	1.274.583.898

En la siguiente tabla se muestra el flujo de caja de la IPS, el cual se puede evidenciar que para los años proyectados presenta flujos positivos. Para el caso del año cero queda un saldo de 12 millones para imprevistos que se puedan presentar.

Tabla 45. Flujo de Caja Proyectado

CONCEPTO	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
INGRESOS						
Caja inicial	-	12.000.000	1.798.140.886	3.001.148.316	4.277.275.777	5.630.152.372
Ingresos	-	4.029.992.402	4.168.221.142	4.319.527.569	4.469.847.128	4.618.693.038
Préstamo	616.669.747	0				
Aporte de capital	925.004.620	0				
TOTAL INGRESOS	1.541.674.367	4.041.992.402	5.966.362.027	7.320.675.885	8.747.122.905	10.248.845.410
EGRESOS						
Costo Venta	-	1.109.582.020	1.284.258.708	1.330.604.063	1.377.121.041	1.423.198.821
Gastos de funcionamiento	-	57.408.280	131.857.209	136.269.633	140.790.395	145.379.783
Gastos de personal	-	772.349.695	909.967.304	942.776.865	975.757.907	1.008.429.310
Amortización préstamo	-	123.333.949	123.333.949	123.333.949	123.333.949	123.333.949
Compra de activos fijos	1.395.809.904	-	-	-	-	-
Gastos de iniciación y montaje	133.864.463	-	-	-	-	-
Pago de intereses	-	181.177.572	144.942.057	108.706.543	72.471.029	36.235.514
Pagos de impuestos	-	-	370.854.484	401.709.054	427.496.213	453.145.868
TOTAL EGRESOS	1.529.674.367	2.243.851.516	2.965.213.711	3.043.400.108	3.116.970.533	3.189.723.246
SALDO FINAL EN CAJA	12.000.000	1.798.140.886	3.001.148.316	4.277.275.777	5.630.152.372	7.059.122.164

Para este caso, se puede visualizar que basados en el flujo de caja proyectado, la inversión inicial realizada se estaría recuperando en el año 1. En el caso del flujo de caja proyectado del escenario más probable, se puede observar que solo hasta el año 3 se logra recuperar la inversión inicial. Los flujos de este escenario son significativamente bajos en relación con el escenario óptimo.

Tabla 46. Flujo de Caja Proyectado Moderado

CONCEPTO	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
INGRESOS						
Caja inicial	-	12.000.000	435.316.935	927.577.863	1.715.025.561	2.835.046.156
Ingresos	-	2.141.849.448	2.709.173.515	3.251.135.396	3.860.989.764	4.592.352.098
Préstamo	616.669.747	0	0	0	0	0
Aporte de capital	925.004.620	0	0	0	0	0
TOTAL INGRESOS	1.541.674.367	2.153.849.448	3.144.490.450	4.178.713.258	5.576.015.325	7.427.398.253
EGRESOS						
Costo Venta		584.263.017	860.775.043	1.015.537.221	1.191.797.514	1.405.568.271
Gastos de funcionamiento		57.408.280	131.857.209	136.269.633	140.790.395	145.379.783
Gastos de personal		772.349.695	909.967.304	942.776.865	975.757.907	1.008.429.310
Amortización préstamo		123.333.949	123.333.949	123.333.949	123.333.949	123.333.949
Compra de activos fijos	1.395.809.904	0	0	0	0	0
Gastos de iniciación y montaje	133.864.463	0	0	0	0	0
Pago de intereses		181.177.572	144.942.057	108.706.543	72.471.029	36.235.514
Pagos de impuestos	0	0	46.037.025	137.063.485	236.818.377	343.846.398
TOTAL EGRESOS	1.529.674.367	1.718.532.513	2.216.912.587	2.463.687.697	2.740.969.170	3.062.793.225
SALDO FINAL EN CAJA	12.000.000	435.316.935	927.577.863	1.715.025.561	2.835.046.156	4.364.605.029

Tabla 48. Balance General – Escenario Óptimo

CUENTA CONTABLE	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
ACTIVO						
Corriente						
Caja y Bancos	12.000.000	435.316.935	927.577.863	1.715.025.561	2.835.046.156	4.364.605.029
Total Activo Corriente	12.000.000	435.316.935	927.577.863	1.715.025.561	2.835.046.156	4.364.605.029
Activo Fijo						
Propiedad Planta y equipo	1.395.809.904	1.395.809.904	1.395.809.904	1.395.809.904	1.395.809.904	1.395.809.904
Depreciacion Acumulada		-84.064.648	-154.093.992	-224.123.336	-294.152.680	-364.182.024
Activos Amortizables	58.000.000	58.000.000	58.000.000	58.000.000	58.000.000	58.000.000
Amortizacion Acumulada		-11.600.000	-23.200.000	-34.800.000	-46.400.000	-58.000.000
Total Activo Fijo	1.453.809.904	1.358.145.256	1.276.515.912	1.194.886.568	1.113.257.224	1.031.627.880
Otros Activos						
Diferidos	63.742.932	63.742.932	65.929.314	68.322.548	70.700.173	73.054.489
Amortizaciones		-63.742.932	-65.929.314	-68.322.548	-70.700.173	-73.054.489
Preoperativos	12.121.531	0	0	0	0	0
Total Otros Activos	75.864.463	0	0	0	0	0
TOTAL ACTIVO	1.541.674.367	1.793.462.191	2.204.093.775	2.909.912.129	3.948.303.380	5.396.232.909
PASIVOS						
Obligaciones Financieras	616.669.747	493.335.797	370.001.848	246.667.899	123.333.949	0
Prestaciones Sociales Por Pagar		184.189.924	215.705.858	234.393.443	257.298.393	283.885.273
Impuesto Predial		6.783.750	7.016.433	7.271.130	7.524.165	7.774.720
Impuestos Renta		46.037.025	137.063.485	236.818.377	343.846.398	472.068.110
TOTAL PASIVO	616.669.747	730.346.496	729.787.624	725.150.848	732.002.905	763.728.103
PATRIMONIO						
Aportes de Capital	925.004.620	925.004.620	925.004.620	925.004.620	925.004.620	925.004.620
Reserva Legal		13.811.107	54.930.153	125.975.666	229.129.585	370.750.019
Utilidades del periodo		124.299.967	370.071.411	639.409.618	928.385.274	1.274.583.898
Utilidades Acumuladas			124.299.967	494.371.377	1.133.780.995	2.062.166.269
TOTAL PATRIMONIO	925.004.620	1.063.115.694	1.474.306.151	2.184.761.281	3.216.300.474	4.632.504.806
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	1.541.674.367	1.793.462.191	2.204.093.775	2.909.912.129	3.948.303.380	5.396.232.909

DIFERENCIA 0 0 0 0 0 0

11.2 ANALISIS FINANCIERO

Para realizar el análisis financiero de la IPS, primero se realizó el cálculo del costo de la deuda y capital, para luego determinar mediante el modelo CAPM la tasa de rendimiento mínima esperada del proyecto. A partir de allí se analizaron desde los dos escenarios, cuál era el valor de los flujos futuros, valores presente neto, Tir, entre otros, con el fin definir la viabilidad o no del proyecto en términos financieros.

Tabla 49. Costo Promedio Ponderado

		Porcentaje	Costo	WACC
Deuda	616.669.747	40%	22,0%	8,8%
Aportes Sociales	925.004.620	60%	117%	70,3%
Total	1.541.674.367	100%		79,2%

Para ambos escenarios la composición de la inversión inicial del proyecto, es de 40% deuda y 60% capital o aportes sociales. Ponderando dicho costo nos da una tasa de rendimiento mínima esperada de 79,2%.

Tabla 50. Evaluación del Proyecto

	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
<i>Escenario Optimo</i>	-1.541.674.367	1.798.140.886	3.001.148.316	4.277.275.777	5.630.152.372	7.059.122.164
<i>Escenario Moderado</i>	-1.541.674.367	435.316.935	927.577.863	1.715.025.561	2.835.046.156	4.364.605.029

Tomando como base los flujos de caja de cada uno de los periodos en el respectivo escenario, se realizó el cálculo de los valores futuros de dichos flujos, con el fin de poder calcular el costo/beneficio del proyecto que se detalla a continuación:

Tabla 51. Valor Futuro de los Flujos

	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
<i>Escenario Optimo</i>	1.541.674.367	1.003.632.233	934.951.813	743.737.888	546.416.351	382.388.762
<i>Escenario Moderado</i>	1.541.674.367	242.972.122	517.727.531	957.241.419	1.582.380.850	2.436.104.047

<i>Indicador</i>	<i>Escenario Optimo</i>	<i>Escenario Moderado</i>
VPN	2.069.452.680	-199.947.384
TIR	156%	71%
TIRM	112%	74%
B/C	2,34	3,72
Periodo Recuperación	1	3

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que en términos generales, si el proyecto presentara un comportamiento en términos del escenario moderado, este no sería factible, puesto que su valor presente neto descontado al wacc da negativo. Adicional, tanto la TIR como la TIRM dan menor a la tasa de rendimiento mínima esperada del proyecto.

Por el lado del escenario optimo, los indicadores de viabilidad calculados, suelen ser todo lo contrario al escenario moderado; pues su valor presente neto es positivo, sus TIR son mayores a la tasa de rendimiento mínima esperada y comparando el periodo de recuperación de la inversión, se puede observar que mientras en el escenario óptimo la inversión se recupera en el año 1 en el otro escenario se tiene que esperar hasta el año 3 para recuperar dicha inversión.

12. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta el estudio de factibilidad realizado para la creación de una IPS que preste servicios de salud a los usuarios de las EPS en el oriente de Cali; se puede concluir lo siguiente:

DEL ESTUDIO DE MERCADO

- Las EPS que tienen mayor presencia en el zona oriente de Cali excluyendo la comuna 21 es la SOS de Comfandi y Coomeva EPS
- Se puede decir que la SOS tiene cubierta una gran cantidad de usuarios, gracias a que tiene dos IPS en esta zona de la ciudad comprendidas en el barrio Calipso y el barrio Morichal.
- Si fuera por los usuarios, la creación de la IPS en el oriente de Cali sería muy factible, puesto que no tendrían que emplear mucho tiempo en el desplazamiento a la hora de asistir a su cita médica.
- La ubicación más seleccionada de las tres dadas, fue en el barrio Antonio Nariño; sin embargo las condiciones mínimas que se requieren para la puesta en marcha del proyecto, apunta más localizar la IPS en el barrio Poblado II.
- Desde el punto de vista de las EPS, no fue posible contactar citas para la aplicación de la entrevista, esto puede tener múltiples razones, pero percibiendo la forma en que se negaban y los argumentos que daban para no hacerlo, se puede incidir dos puntos de vistas, el primero, definitivamente no están interesados en el proyecto, y segundo, no lo encuentran atractivo, así sus usuarios hayan dicho lo contrario, porque sencillamente estos no están interesados en el servicio al cliente, sino en la generación de utilidades.
- Coomeva la única EPS que se pudo entrevistar, no es interesada en subcontratar una EPS en el oriente de Cali para que preste el servicio a sus usuarios, ya que primero considera que obtener las certificaciones obligatorias para funcionamiento son casi imposibles y segundo porque ya tienen completamente cubierta a su población de usuarios en otras IPS que no necesariamente este en oriente de Cali.

DEL ESTUDIO TECNICO

- El proyecto requiere de una inversión ambiciosa y por tanto requiere de un musculo financiero fuerte para poder sostener los costos.
- La consecución de los Activos Fijos y demás implementos para poder operar son de fácil acceso y consecución en el mercado.
- Los profesionales necesarios existen y hay una buena oferta en el mercado laboral.

DEL ESTUDIO ADMINISTRATIVO

- La conformación de una estructura organizacional como la que se propone es alcanzable, siempre y cuando se cuente con los controles y mejoramiento continuo en todos los procesos.
- La estructura organizacional jerárquica propuesta, funciona bien para este tipo de empresas, siempre y cuando los empleados estén en pro del cumplimiento de los objetivos y estrategia de la compañía.

DEL ESTUDIO LEGAL Y AMBIENTAL

- Existe una reglamentación ardua y estricta para poder operar, sin embargo es posible que con asesoría especializada se logre mitigar el impacto que ocasiona.
- El estudio ambiental, es primordial y parte desde la base interna en las certificaciones de SYSO y Medio Ambiente. Estas tienen puntos clave de cumplimiento y sencillamente es ajustar la estructura de la compañía a las necesidades de la norma.

DEL ESTUDIO LEGAL Y AMBIENTAL

- El proyecto es viable manteniendo un escenario optimo, de acuerdo a los estados financieros proyectados y Flujos de caja realizados en este proyecto.
- El proyecto no es viable manteniendo un escenario moderado, de acuerdo al analisis de los indicadores de rentabilidad de proyectos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alcaldía de Santiago de Cali. [En línea]. Cali en cifras. (Consultado el 13 de Enero de 2014).

Recuperado de internet: http://www.cali.gov.co/publicaciones/cali_en_cifras_pub

Alcaldía de Santiago de Cali. [En línea]. Plan Territorial de Salud Cali 2012 – 2015. (Consultada el 13 de Enero de 2014). Recuperado de internet:

http://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/plan_territorial_de_salud_20122015_pub

Cali Virtual Portal [En Línea]. (Consultado el 13 de Enero de 2014). Recuperado de internet:

www.calivirtual.com.co.

Cámara de Comercio de Bogotá. Portal [En línea]. (Consultado el 13 de Enero de 2014).

Recuperado de internet:

<http://camara.ccb.org.co/contenido/contenido.aspx?catID=132&conID=244>

Pedraza Castillo Martha Liliana, Garzón Fernández Edwin Yolian, Castillo Villareal Livio Germán. (2011). Diseño de un plan de negocios para la creación de una institución prestadora de servicios de salud (IPS) de segundo nivel en el municipio de Anapoima. Trabajo de Grado. Universidad EAN. Facultad de Estudios a Distancia Administración de Empresas. Bogotá, D.C. (Consultada el 13 de Enero de 2014). Recuperado de internet: www.ces.edu.co/Descargas/guia_practica_construccion_ips_segundo_nivel_atencion.pdf.

Comfandi (2012). Informe Anual 2011. (Consultado el 13 de Enero de 2014). Recuperado de internet:

http://www.comfandi.com.co/attachments/article/86/informe_gestion_sostenibilidad_2011.pdf

Comfenalco Valle. Informe [En línea]. (Consultado el 13 de Enero de 2014). Recuperado de

internet: <http://www1.comfenalcovalle.com.co/salud/eps>

DANE, Cálculos DAP. (Consultado el 13 de Enero de 2014). Recuperado de internet:

<http://planeacion.cali.gov.co/caliencifras/Cap10Cua21.htm>

David Fred R. (2008). Conceptos de administración estratégica. 9ª. Edición. Traducción del inglés por Pearson Educación, Inc., México, 2003. 368 p. (Consultado el 13 de Enero de 2014). Recuperado de internet: <http://app.ute.edu.ec/content/3936-367-1-1-4-1/CON-ESTRATEGICA-%20FRED%20DAVID.pdf>

McDaniel, Carl, Gates, Roger. (2011). Investigación de mercados. México: Cengage learning, octava edición.

Ochoa Setzer, Guadalupe. (2002). Administración financiera. México: Ed. McGraw Hill.

Sapag Chain, Nassir, Sapag Chain, Reilando. (2007). Preparación y Evaluación de Proyectos. México: Ed. McGraw Hill, quinta edición

Stanley B, Hirt; Geoffrey A. (2008). Fundamentos de administración financiera. México: Ed. McGraw Hill, décimo segunda edición.

Wheelen Thomas L. y Hunger J. David. (2013). Administración Estratégica y Política de Negocios Decimotercera Edición.

ANEXOS

