



PLANES OPERATIVOS ANUALES

VIGENCIA 2015

Aprobados mediante Resolución No. 0041 del 29 de Enero de 2015

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

DESARROLLAR EL TALENTO HUMANO, MEDIANTE UN ENFOQUE PARTICIPATIVO QUE GARANTICE SU COMPETENCIA, COMPROMISO Y MOTIVACIÓN QUE ASEGUREN EL MEJORAMIENTO CONTINUO Y EL AUTOCONTROL SOPORTADO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2012-2016	META 2015	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
LOGRAR UNA PARTICIPACIÓN DEL 80% DEL TALENTO HUMANO EN LAS ETAPAS DE PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS RELACIONADOS CON SU DESARROLLO INTEGRAL COMO BASE PARA EL CRECIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN. (BIENESTAR SOCIAL)		1 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL LABORAL									
		1.1	Formular el Plan de Bienestar Social Laboral de Pasto Salud ESE vigencia 2015 de acuerdo a los requerimientos legales que lo enmarcan, e incorporando en el las necesidades identificadas del Talento Humano, diagnóstico los resultados del estudio de clima laboral y del informe de riesgo psicosocial.	PLANEAR	Contar con un plan de bienestar social laboral vigencia 2015, enfocado a fortalecer los aspectos débiles y priorizados de las necesidades del talento humano, estudio de clima organizacional y riesgo psicosocial. Alcanzar una participación del Talento Humano en la fase de planeación mínima del 80%.	Estudio de clima organizacional. Plan de Bienestar Social Laboral formulado y aprobado mediante acto administrativo. Cobertura: (Talento humano con participación en el diagnóstico para formulación / Talento humano de la empresa) *100 (Meta ≥80%)	Informe Resultados de la encuesta para la detección de necesidades de Bienestar Social. Estudio de medición de clima organizacional. Plan formulado. Actos administrativos.	Enero	Marzo	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano
		1.2	Ejecutar las actividades contenidas en el Plan de Bienestar Social Laboral 2015.	HACER	Alcanzar un cumplimiento mayor o igual al 90% en cumplimiento del Plan de Bienestar Social Laboral, así como una participación del Talento Humano mayor o igual al 80%, en la ejecución.	Cumplimiento: (Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas)*100 Cobertura: (Talento humano con participación en la ejecución / Talento humano de la empresa) *100 (Meta ≥80%)	Actas, registros, informes de ejecución o seguimiento	Marzo	Diciembre ** (Nota)	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano
		1.3	Realizar seguimiento a la ejecución del Planes de Bienestar Social Laboral vigencia 2015 con corte a Julio. Consolidar informe de seguimiento y resultados (cumplimiento y cobertura), para presentar ante Gerencia.	VERIFICAR	Contar con informes de seguimiento que permitan identificar oportunidades de mejora para la toma de decisiones.	Cumplimiento: Informe de seguimiento consolidado presentado a Gerencia. (Articulado a los indicadores de la actividad 2.2)	Informe de ejecución o seguimiento, comunicaciones oficiales.	Agosto	Agosto	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano
		1.4	Definir acciones de mejora tendientes a corregir las desviaciones que se detecten en el informe de seguimiento del Plan de Bienestar 2015. (Aplica cuando el resultado es menor al esperado)	ACTUAR	Acciones de mejoramiento definidas a fin de garantizar el cumplimiento de las metas	Cumplimiento: Documento de acciones de mejora para cumplimiento y cobertura del Plan de Bienestar Social Laboral	Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Agosto	Septiembre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano
MEJORAR EN UN 20% LAS COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO EN ASPECTOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN, HABILIDADES Y DESTREZAS.	Mejorar en un 20% acumulado	2 EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES									
		2.1	Aplicar la metodología de evaluación de competencias laborales al personal de Pasto Salud ESE. (Validada en la vigencia 2014 en la fase de planeación). Generar informe de resultados y presentar a CCCI.	HACER	Establecer línea de base de competencias laborales.	(Número de Personas con evaluación de desempeño / Total personal) x 100 Reporte por niveles de calificación. (Líneas de base)	Informe de evaluación de competencias a febrero de 2015	Febrero	Febrero	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano
		2.2	Definir plan o acciones de mejora tendientes a corregir las desviaciones que se detecten en el informe de resultados de evaluación de competencias. (Orientadas a mejorar en un 20%). Sustentar el plan al CCCI.	ACTUAR	Contar con un plan orientado a mejorar las competencias del Talento Humano.	Cumplimiento: Plan de mejora documentado y aprobado.	Plan de Mejoramiento formulado y aprobado.	Marzo	Marzo	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano.
		2.3	Ejecutar las acciones de mejora definidas (Actividad 4.2). Adelantar seguimiento y consolidar informe de ejecución con corte a Septiembre de 2015, y presentarlo al CCCI.	ACTUAR	Contar con informes de seguimiento que fundamenten la toma de decisiones en cuanto al mejoramiento de competencias del Talento Humano.	Cumplimiento: (Número de acciones de mejora implementadas / Número de acciones definidas) x 100	Informe de seguimiento de ejecución al plan o acciones de mejora definidas. Acta de presentación del informe al equipo directivo.	Octubre	Octubre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano
		2.4	Aplicar la metodología de evaluación de competencias laborales al personal de la ESE Pasto Salud. Generar informe de resultados y presentar a CCCI.	HACER	Alcanzar un resultado de mejora del 20% en las competencias del Talento Humano frente al resultado obtenido en febrero de 2015.	1. (Número de Personas con evaluación de desempeño / Total personal) x 100 2. Reporte por niveles de calificación. 3. (Resultado Sep 2015 / Resultado Feb 2015)*100 (Meta ≥ 1,20)	Informe de evaluación de competencias a Septiembre de 2015	Octubre	Octubre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano
ALCANZAR UN CUMPLIMIENTO DEL 90% EN LOS PROCESOS DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO QUE SE FORMULEN EN CADA UNA DE LAS VIGENCIAS.	Resultado igual o mayor al 90%	3 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES VIGENCIA 2015									
		3.1	Formular el Plan Institucional de Capacitación, desagregado en capacitación, inducción y reinducción. Sustentar al equipo directivo previa aprobación.	PLANEAR	Contar con un plan de capacitación formulado y aprobado.	Plan institucional de capacitación formulado y aprobado mediante acto administrativo	Documento de definición y priorización de necesidades de capacitación Plan institucional de capacitación formulado y aprobado.	Enero	Febrero	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano
		3.2	Ejecutar las actividades establecidas en el Plan Institucional de capacitación, en los diferentes componentes de capacitación, inducción y reinducción.	HACER	Garantizar una ejecución mínima del 90% en los diferentes componentes que integran el plan.	(Número de actividades ejecutadas y cumplidas / total de actividades programadas)*100	Informes de capacitación, registros, actas.	Enero	Noviembre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano
		3.3	Realizar seguimiento a la ejecución del Plan de Capacitación vigencia 2015, con corte a Junio. Consolidar informe de seguimiento y resultados (Cumplimiento, coberturas), para presentar ante Gerencia.	VERIFICAR	Contar con un informe de seguimiento que permita identificar el nivel de cumplimiento del Plan de Capacitaciones.	Cumplimiento: Informe de seguimiento consolidado presentado a Gerencia.	Informe de seguimiento consolidado, reporte o comunicación de presentación ante Gerencia.	Junio	Julio	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano
		3.4	Analizar las desviaciones encontradas en la ejecución del plan y definir acciones de mejora enfocadas al cumplimiento de las metas. (Cuando hay desviación negativa o desfavorable)	ACTUAR	Acciones de mejoramiento definidas a fin de garantizar el cumplimiento de las metas	Cumplimiento: Documento de acciones de mejora (Julio)	Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Julio	Noviembre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano

**PLAN OPERATIVO ANUAL
DESARROLLO INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO**

VIGENCIA

2015

**PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

DESARROLLAR EL TALENTO HUMANO, MEDIANTE UN ENFOQUE PARTICIPATIVO QUE GARANTICE SU COMPETENCIA, COMPROMISO Y MOTIVACIÓN QUE ASEGUREN EL MEJORAMIENTO CONTINUO Y EL AUTOCONTROL SOPORTADO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

OBJETIVO ESPECIFICO 2012-2016	META 2015	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
LOGRAR UN 90% DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO, FRENTE A LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO.	Resultado igual o mayor al 90%	4		SATISFACCIÓN DEL CLIENTE FRENTE A LAS POLÍTICAS DE TALENTO HUMANO 2015.							
		4.1	Revisar la metodología aplicada en la vigencia 2014 y las herramienta para medir niveles de satisfacción del personal frente a las políticas de Talento Humano de la Institución.	PLANEAR	Contar con una metodología apropiada para adelantar la medición del nivel de satisfacción del personal de la entidad.	Resultado: metodología diseñada, validada, aprobada y socializada o difundida	Metodología, formatos de evaluación, actas, registros, reuniones.	Septiembre	Septiembre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano
		4.2	Aplicación de instrumentos de medición de satisfacción del personal frente a las políticas institucionales de Talento Humano. Generar el informe de resultados y presentar a CCCI	HACER	Aplicación de la evaluación de niveles de satisfacción del personal, mínimo al 80% del personal de la entidad.	Cobertura: (Número de participantes / total personal vinculado)*100 (Meta ≥80%) Resultado: Informe del nivel de satisfacción del talento humano. Impacto: Nivel de satisfacción del talento humano (Meta ≥90%)	Formatos de evaluación, actas, registros.	Octubre	Octubre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano. Personal de Pasto Salud ESE (Diligenciamiento de instrumentos)
		4.3	Identificar y analizar las desviaciones existentes entre el nivel actual de satisfacción del Talento Humano (medición 2014) y el que se desea alcanzar.	VERIFICAR	Contar con información válida para la toma de decisiones.	Resultado: Análisis de desviaciones documentado	Análisis de desviaciones e identificación de causas.	Octubre	Octubre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano
		4.4	Proponer, formular e implementar acciones de mejora frente a las desviaciones identificadas. (Cuando hay desviación negativa o desfavorable)	ACTUAR	Garantizar el cumplimiento de las metas a través de acciones específicas.	Cumplimiento: (Acciones de mejora ejecutadas / acciones de mejora formuladas)*100	Planes de mejora formulados, comunicaciones oficiales	Octubre	Noviembre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano

Para las actividades que terminan en el mes de diciembre, se entiende como fecha límite de ejecución el 15 de diciembre. Los informes de consolidados de cumplimiento POA se deben presentar hasta el 21 de Diciembre de 2015.

Formulado y Revisado por:

DANNY FABIAN LOPEZ Y LOPEZ GUERRERO.
Asesor Talento Humano

Aprobado por:

BERNARDO OCAMPO MARTÍNEZ
Gerente

**PLAN OPERATIVO ANUAL
MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS**

VIGENCIA

2015

**PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

MEJORAR CONTINUAMENTE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL, Y DE APOYO ADMINISTRATIVO, ASUMIENDO CADA VEZ COMO LÍNEA BASE EL RESULTADO LA ÚLTIMA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2012-2016	META 2015	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES	
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO
ALCANZAR UNA CALIFICACIÓN PROMEDIO DE 2.49 EN LOS DIFERENTES PAQUETES DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. (Objetivo específico articulado a procesos internos y a PAMEC)	Calificación de 2.07 (2.49 a Marzo 2016)	1.1	Revisar los protocolos y procedimientos frente a los requerimientos de los estándares de acreditación, adelantar la actualización para los que requieran, documentar, aprobar y desplegar. (Cumplir el procedimiento de control de documentos).	PLANEAR	Disponer y aplicar los protocolos y procedimientos que se apeguen a los requerimientos de los estándares de acreditación en salud	Protocolos y procedimientos documentados y aprobados. (Número de personas con despliegue / Talento Humano responsable proceso o aplicación de protocolos)*100. Meta ≥ 80%	Documentos soporte, resoluciones de aprobación, listas de asistencia a reuniones de despliegue, huellas de envío de correo electrónico, otros.	Febrero	Abril	Líderes y dueños de procesos: Adelantar la revisión, documentación y despliegue de protocolos y procedimientos frente a estándares de acreditación. Codificación e inclusión en listados maestros: Oficina Asesora de Planeación, por solicitud de responsables de procesos.
		1.2	Implementar los protocolos y procedimientos en respuesta a los requerimientos de los estándares de acreditación. Actividad permanente.	HACER	Los protocolos y procedimientos son implementados por el Talento Humano de Pasto Salud ESE, lo cual se verifica a través del seguimiento con metodologías definidas por dueños y líderes de procesos. Se espera un cumplimiento de la implementación mayor o igual al 80%.	(Número de protocolos con seguimiento / Total protocolos aprobados) *100 (Meta ≥80%) (Número de procedimientos con seguimiento / Total procedimientos aprobados) *100 (Meta ≥80%) (Número de protocolos y procedimientos con resultados de implementación ≥80 / Total de protocolos y procedimientos son seguimiento a la implementación) * 100	Soportes de Paciente Trazador, Listas de Chequeo de seguimiento a la implementación o cumplimiento de protocolos o procedimientos.	Abril	Diciembre ** (Nota)	Dueños, líderes y responsables de la ejecución de procesos y procedimientos institucionales.
		1.3	Adelantar el seguimiento y evaluación del desempeño de los procesos y/o procedimientos a través de los indicadores definidos en las fichas técnicas formalizadas (permanente), incluyendo el análisis de resultados. Consolidar informe por procesos con corte a Junio de 2015 (Líderes y dueños). Consolidar informe institucional (Oficina Asesora de Planeación). Lo anterior sin perjuicio de la obligación de reportar resultados a la Of. de Planeación conforme indica la ficha técnica.	VERIFICAR	Contar con resultados para el monitoreo permanente de los procesos por parte de dueños y líderes de procesos en todos los niveles de la organización. Contar con la trazabilidad de las mediciones para establecer tendencias.	(Procesos y/o procedimientos con seguimiento e informe consolidado de resultado de indicadores / Total Procesos y/o procedimientos aprobados)*100 (Meta ≥90%)	Informe de seguimiento a procedimientos consolidado con corte a Junio de 2015, entregado por líderes y dueños a la Of. de Planeación hasta el 20 de Julio de 2015. Informe consolidado institucional, presentado por Of. Planeación a Gerencia hasta el 15 de Agosto de 2015.	Enero	Diciembre ** (Nota)	Líderes y dueños de procesos: Adelantar el seguimiento y consolidación de informe de resultados de indicadores, así como el análisis de desempeño de los procesos. Oficina Asesora de Planeación: consolidación del informe institucional.
		1.4	Formular y ejecutar las acciones de mejora tendientes a alcanzar el mejor desempeño de los procesos y el apego a los estándares de acreditación.	ACTUAR	Contar con acciones de mejora, para que los procesos de la entidad se mejoren continuamente y se encuentren apegados al cumplimiento de los estándares de acreditación en salud.	(Acciones de mejora ejecutadas / Acciones de mejora formuladas)*100 (Meta ≥ 90%)	Actas de reunión para análisis de resultados y/o definición de acciones de mejora. Informes de ejecución de acciones de mejora definidas, cuando aplique. Planes de mejoramiento u otros.	Agosto	Noviembre	Dueños, líderes y responsables de la ejecución de procesos y procedimientos institucionales.
		2.1	Formular participativamente el Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) vigencia 2015, como resultado de la autoevaluación de Estándares de Acreditación. Documentar y gestionar su aprobación mediante acto administrativo o acta.	PLANEAR	Contar con un plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC 2015, para acercarnos al cumplimiento de los estándares del sistema de acreditación en salud.	PAMEC documentado y aprobado	Soportes de formulación en equipos de autoevaluación de estándares, actas de reunión, Acto administrativo de aprobación.	Enero	Febrero	Formulación y entrega: Equipos de Autoevaluación de Estándares de Acreditación. Consolidación y gestión de aprobación: Profesional Especializado Calidad.
LOGRAR UNA EJECUCIÓN DEL 90% ANUAL RESPECTO A LAS ACCIONES DE MEJORA PRIORIZADAS PARA CADA VIGENCIA.	Resultado mayor o igual al 90%	2.2	Desplegar el PAMEC al personal de la organización y ejecutar las acciones definidas enfocadas al cumplimiento de estándares de acreditación en salud.	HACER	Alcanzar un despliegue del PAMEC al 100% del personal de Pasto Salud ESE del equipo de mejoramiento, equipos de autoevaluación y equipos primarios. Así mismo alcanzar una ejecución del PAMEC mínima del 90%. (La ejecución se articula con el informe de la actividad 2.3)	Despliegue: (Febrero y Marzo) (Número de personas con despliegue / Total personas equipo mejoramiento, autoevaluación y primarios) *100 (Meta = 100%) Ejecución: (Febrero a Noviembre) (Acciones del PAMEC ejecutadas/Acciones formuladas en el PAMEC)*100 (Meta ≥90%)	Despliegue: Actas de equipos de trabajo, huellas de envío de correo electrónico, listas de asistencia. Ejecución: Informes de seguimiento de equipos de autoevaluación de estándares, Informes de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	Febrero	Noviembre	Dueños, líderes y responsables de la ejecución de procesos y procedimientos institucionales, equipos de autoevaluación de estándares, Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad.
		2.3	Adelantar seguimiento semestral de ejecución a PAMEC, a través del equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad, con fundamento en los informes con corte a Junio de 2015 presentados por los equipos de autoevaluación de estándares. Consolidar y presentar informe de cumplimiento.	VERIFICAR	Contar con información relacionada al avance, cumplimiento o desviaciones en la ejecución del PAMEC, que permita la toma de decisiones para mejora. Informe equipos autoevaluación: 15 Julio Informe auditoría: 28 Agosto	(Grupos de estándares con informe de auditoría / Grupos de estándares acreditación) *100 (Meta = 100%)	Informe de auditoría: Seguimiento a la ejecución de Pamec por grupos de estándares.	Julio	Agosto	Equipos de autoevaluación de estándares: Presentación informe con corte a 30 de Junio de 2015. (Hasta el 15 de Julio) Equipo de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad: Auditoría, consolidación y presentación de informe general (Hasta el 28 de agosto)
		2.4	Analizar las desviaciones encontradas en la auditoría de seguimiento al cumplimiento de PAMEC, y formular e implementar las acciones de mejora en caso de requerirse.	ACTUAR	Contar con espacios de análisis de resultados obtenidos frente a los esperados, para soportar la toma de decisiones de mejoramiento. (Cuando las desviaciones son positivas o favorables no es obligante el plan de mejora)	Análisis de resultados y desviaciones documentado. (Acciones de mejora ejecutadas /Acciones de mejora formuladas)*100 (Meta ≥90%). Cuando aplique.	Documento de análisis de resultados y definición de acciones de mejora, cuando apliquen. Plan de mejora para desviaciones desfavorables o negativas de cumplimiento a PAMEC.	Agosto	Noviembre	Dueños, líderes y responsables de la ejecución de procesos y procedimientos institucionales.
		2.5	Adelantar seguimiento final de ejecución a PAMEC, a través del equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad, con fundamento en los informes con corte a Noviembre de 2015 presentados por los equipos de autoevaluación de estándares. Consolidar y presentar informe de cumplimiento.	VERIFICAR	Contar con información relacionada al cumplimiento en la ejecución del PAMEC. Informe equipos autoevaluación: 27 Noviembre Informe auditoría: 18 Diciembre	(Grupos de estándares con informe de auditoría / Grupos de estándares acreditación) *100 (Meta = 100%)	Informe de auditoría: Seguimiento a la ejecución de Pamec por grupos de estándares.	Noviembre	Diciembre ** (Nota)	Equipos de autoevaluación de estándares: Presentación informe final de ejecución. Equipo de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad: Auditoría, consolidación y presentación de informe general

**PLAN OPERATIVO ANUAL
MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS**

VIGENCIA

2015

**PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

MEJORAR CONTINUAMENTE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL, Y DE APOYO ADMINISTRATIVO, ASUMIENDO CADA VEZ COMO LÍNEA BASE EL RESULTADO LA ÚLTIMA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.

OBJETIVO ESPECIFICO 2012-2016	META 2015	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
LOGRAR UN 90% DE CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN LOS PLANES OPERATIVOS ANUALES DE CADA VIGENCIA.	Resultado mayor o igual al 90%	3.1	Formular los Planes Operativos Anuales para la vigencia 2015. Gestionar su aprobación mediante acto administrativo y adelantar la publicación en página web institucional (En cumplimiento de la Ley 1474 de 2011. Art 74 Estatuto Anticorrupción).	PLANEAR	La entidad cuenta con planes operativos aprobados para ejecución durante la vigencia.	Cumplimiento: Planes operativos aprobados mediante acto administrativo y publicados en los términos del art 74 de la Ley 1474 de 2011.	Acto administrativo de aprobación de POA, fichas de POA firmadas, Reporte de publicación en página web hasta el 31 de Enero de 2015.	Enero	Enero	Gerente Jefe Oficina Asesora de Planeación	Funcionarios Directivos, Asesores y Jefes de dependencias.
		3.2	Ejecutar los planes operativos anuales 2015 de conformidad con las acciones y plazos previstos.	HACER	Alcanzar un cumplimiento de ejecución de POA mínimo del 90%	Cumplimiento: (Número de actividades cumplidas / Total actividades programadas)*100.	Evidencias de ejecución conforme a lo formulado en POA para cada actividad. Informes de ejecución de POA	Enero	Diciembre *(Nota)	Responsables de ejecución de POA de acuerdo a lo descrito en cada una de las actividades. Funcionarios Directivos, Asesores y Jefes de dependencias.	
		3.3	Realizar seguimiento a la ejecución de Planes Operativos vigencia 2015 aplicando metodologías definidas. Consolidar informe de seguimiento y resultados, para presentar ante Gerencia.	VERIFICAR	Contar con un informe de seguimiento que permita identificar el nivel de cumplimiento de los POA.	Cumplimiento: Informe de seguimiento consolidado presentado a Gerencia.	Informe de seguimiento consolidado, reporte o comunicación de presentación ante Gerencia.	Junio	Julio	Jefe Oficina Asesora de Planeación	Responsables de ejecución de POA de acuerdo a lo descrito en cada una de las actividades.
		3.4	Analizar las desviaciones encontradas en la ejecución de POA y definir acciones de mejora enfocadas al cumplimiento de las metas. (Cuando hay desviación negativa o desfavorable)	ACTUAR	Acciones de mejoramiento definidas a fin de garantizar el cumplimiento de las metas	Cumplimiento: Documento de acciones de mejora para ejecución de POA	Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Julio	Agosto	Gerente Jefe Oficina Asesora de Planeación	Funcionarios Directivos, Asesores y Jefes de dependencias.
LOGRAR UN DESARROLLO DEL 80% EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE APALANQUEN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES	Resultado mayor o igual al 80%	4.1	Formular el Plan de Gerencia de la Información de la vigencia 2015. Gestionar su aprobación mediante acto administrativo.	PLANEAR	Contar con un documento donde se defina la planificación de actividades de mejora relacionadas en la Autoevaluación. Estándares de Gerencia de la Información.	Plan de Gerencia de la Información aprobado.	Acto administrativo de aprobación del plan de Gerencia de la Información.	Enero	Febrero	Gerente Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad de Archivo y Correspondencia
		4.2	Ejecutar el Plan de Gerencia de la Información de conformidad con las acciones y plazos previstos.	HACER	Alcanzar un cumplimiento de ejecución del 90%.	Cumplimiento: (Número de actividades cumplidas / Total actividades programadas)*100.	Evidencias de ejecución conforme a lo formulado en Plan de Gerencia de la Información para cada actividad. Informes de ejecución del Plan de Gerencia de la Información.	Marzo	Noviembre	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Profesional Universitario Archivo y Correspondencia.	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia
		4.3	Realizar seguimiento a la ejecución del Plan de Gerencia de la Información. Consolidar informe de seguimiento y resultados, para presentar a la alta dirección.	VERIFICAR	Contar con un informe de seguimiento que permita identificar el nivel de cumplimiento del Plan de Gerencia de la Información.	Cumplimiento: Informe de seguimiento consolidado presentado a la alta dirección.	Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Agosto	Agosto	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Profesional Universitario Archivo y Correspondencia.	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia
		4.4	Analizar las desviaciones encontradas en la ejecución del Plan de Gerencia de la Información y definir acciones de mejora enfocadas al cumplimiento de las metas. (Cuando hay desviación negativa o desfavorable)	ACTUAR	Acciones de mejoramiento definidas a fin de garantizar el cumplimiento de las metas	Cumplimiento: Documento de acciones de mejora para ejecución del Plan de Gerencia de la Información.	Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Agosto	Septiembre	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Profesional Universitario Archivo y Correspondencia.	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia
GARANTIZAR QUE EL 80% DE LAS COMPRAS DE MEDICAMENTOS Y DE DISPOSITIVOS MÉDICOS SE REALICEN POR MECANISMOS ELECTRÓNICOS. (La etapa de planeación se desarrolla a través de la formulación del Plan Anual de Adquisiciones)	Resultado mayor o igual al 80%	5.1	Adelantar los procesos internos de contratación u otros que permitan contar con la plataforma electrónica para las adquisiciones de Pasto Salud ESE.	HACER	Contar con la plataforma que permita las adquisiciones electrónicas de Pasto Salud ESE.	Resultado: Plataforma electrónica disponible para uso de la entidad (Contrato de servicios u otro)	Contrato o documento que autoriza a Pasto Salud ESE el uso de la plataforma electrónica.	Enero	Enero	Gerente Profesional Universitario Suministros	
		5.2	Ejecutar los procesos de compras de medicamentos y de insumos medico quirúrgicos a través de mecanismos electrónicos. Recoger los datos para la construcción de indicadores que permitan medir los procesos.	HACER	Realizar compras electrónicas mínimo del 80% del total de las compras, para medicamentos e insumos medico quirúrgicos. Contar con datos e información del proceso	Resultado: (Valor de adquisiciones por mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones) *100	Reportes de ejecución de compas, informes, comunicaciones oficiales.	Enero	Diciembre *(Nota)	Profesional Universitario Suministros	
		5.3	Adelantar el seguimiento a la ejecución de las compras a través de mecanismos electrónicos y consolidar los informes periódicos (Semestral y Anual consolidado). Presentar resultados a Gerencia.	VERIFICAR	Contar con informes de seguimiento que permitan analizar las desviaciones y tomar decisiones para el mejoramiento.	Cumplimiento: Informe de seguimiento a la ejecución * Semestral * Anual consolidado	Informes, comunicaciones oficiales, actas.	Julio	Diciembre *(Nota)	Profesional Universitario Suministros	
		5.4	Formular e implementar acciones de mejora tendientes a corregir las desviaciones identificadas. Realizar seguimiento. (Acciones de mejora cuando hay desviación negativa o desfavorable)	ACTUAR	Mejorar el proceso de compras electrónicas a través de acciones específicas cuando se presentan desviaciones negativas.	Resultado: (Acciones de mejora ejecutadas / acciones de mejora formuladas) *100. Puede desarrollarse a través de compromisos específicos y su cumplimiento.	Análisis de desviaciones e identificación de causas. Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Julio	Diciembre *(Nota)	Profesional Universitario Suministros	Equipo directivo y asesor

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

MEJORAR LA SATISFACCIÓN Y LEALTAD DE LA POBLACIÓN USUARIA, A TRAVÉS DE PROCESOS INSTITUCIONALES QUE RESPONDAN A SUS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS.

OBJETIVO ESPECIFICO 2012-2016	META 2015	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
MEJORAR EN UN 10% LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIA	MEJORAR EN UN 2% FRENTE AL RESULTADO DEL AÑO 2014 (96,6%) ACUMULADO 10% (No aplica acumulado por superar el 100%)	1.1	Generar el resultado final de satisfacción de la vigencia 2014 para determinar viabilidad de meta para la vigencia 2015 (Enero). Revisar o validar y definir las metodología y los instrumentos a aplicar para la medición de satisfacción de los usuarios. (Muestreo por red y prestador)	PLANEAR	Contar con la meta validada con en satisfacción de usuarios (Subgerencia Salud, Direcciones Operativas de Red, SIAU) Así mismo se define la metodología, herramientas y muestreo	Cumplimiento: Documento formal de validación de la meta de satisfacción de usuarios para la vigencia 2015. Documento metodológico y muestreo estadístico.	Documento formal de validación de la meta de satisfacción de usuarios para la vigencia 2015. Documento metodológico y muestreo estadístico.	Enero	Febrero	Profesional Universitario SIAU	Aux . Lidia Descanse, Directores Operativos y Subgerencia Salud.
		1.2	Desplegar los resultados de satisfacción de usuarios de la vigencia 2014 y la metodología a aplicar para la medición durante la vigencia 2015, enfocado al personal operativo de redes y sede administrativa.	HACER	Los resultados alcanzados y la metodología de medición para este año se difunde y es conocido por el personal operativo.	Cobertura de despliegue: (Número de personas participes del despliegue / Total personal)*100 (Meta ≥ 80%)	Listas de asistencia, huellas de envío a través de correo electrónico institucional, actas.	Febrero	Febrero	Profesional Universitario SIAU	Aux . Lidia Descanse, Directores Operativos y Subgerencia Salud.
		1.3	Ejecutar la metodología de medición de satisfacción de usuarios y PQRF, aplicando los instrumentos definidos. (HACER) Generar informes con corte trimestral para satisfacción de usuarios y mensual para PQRF. (VERIFICAR)	HACER VERIFICAR	Conocer el nivel de satisfacción y PQRF de los usuarios, para fundamentar la toma de decisiones.	(Número de encuestas aplicadas / Número de muestra definida)*100 Informe de satisfacción trimestral y PARF mensual. (Número de usuarios satisfechos / Número de usuarios encuestados)*100 (Meta anual = incremento en 2%)	Encuestas aplicadas, soportes de PQRF, informes consolidados trimestral satisfacción y mensual PQRF.	Febrero	Noviembre	Profesional Universitario SIAU	Aux . Lidia Descanse, Directores Operativos y Subgerencia Salud.
		1.4	Analizar las desviaciones encontradas en informes de satisfacción de usuarios y definir acciones de mejora enfocadas al cumplimiento de las metas.	ACTUAR	Se cuenta con espacios de análisis para determinar principales causas de satisfacción e insatisfacción, sobre lo cual se plantean acciones de mejora si hay lugar a ellas para el cumplimiento de metas.	Análisis de desviaciones documentado. (Número de acciones de mejora ejecutadas / Número de acciones de mejora formuladas)*100 (Meta ≥90%) Cuando aplique.	Actas de análisis, planes de mejora, actas de compromisos, asistencias, informes.	Abril - Julio - Octubre	Noviembre	Profesional Universitario SIAU	Aux . Lidia Descanse, Directores Operativos y Subgerencia Salud.
GENERAR PROCESOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LOS ASPECTOS DE PLANIFICACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	INCREMENTAR LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN UN 5% FRENTE AL RESULTADO DEL AÑO 2014	2.1	Revisar la vigencia y operatividad de las asociaciones de usuarios de IPS de Pasto Salud ESE), planificar la conformación o renovación según el vencimiento de periodos. Planear y documentar el plan de trabajo que incluye reuniones y temáticas a tratar en la vigencia 2015. (Incrementar participación en un 5% frente al año 2014)	PLANEAR	Se espera contar con asociaciones de usuarios conformadas y vigentes, así mismo con un plan de trabajo para la vigencia.	(Número de asociaciones de usuarios conformadas y vigentes / Número de IPS)*100 (Número integrantes AUsuarios vigencia 2015 / Número integrantes AUsuarios vigencia 2014) *100 (Meta anual, incremento del 5%)	Acta de vigencia y conformación de asociaciones de usuarios. Plan de trabajo aprobado por Subgerencia de Salud y Direcciones Operativas).	Enero	Febrero	Profesional Universitario SIAU	Aux . Lidia Descanse, Directores Operativos y Subgerencia Salud.
		2.2	Desplegar los planes de trabajo a las asociaciones de usuarios de las IPS y ejecutar las acciones definidas	HACER	Los integrantes de las asociaciones de usuarios conocen el plan de trabajo y se cumplen las acciones definidas.	(Número de asociaciones de usuarios con despliegue de plan de trabajo / Número de Asociaciones vigentes)*100 (Número de actividades cumplidas del plan de trabajo / Número de actividades programadas)*100	Listas de asistencia, instrumento de evaluación del conocimiento del plan y acta de seguimiento a ejecución de acciones contenidas en el plan.	Febrero	Diciembre *(Nota)	Profesional Universitario SIAU	Aux . Lidia Descanse, Directores Operativos y Subgerencia Salud.
		2.3	Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de trabajo de cada asociación de usuarios, así como al nivel de participación de usuarios en las diferentes asociaciones.	VERIFICAR	Contar con actas e informes de cumplimiento de acciones establecidas en el plan, determinando las causas de no ejecución. Así mismo se espera conocer el nivel de participación de usuarios.	Informes de seguimiento (Articulado a indicadores de la actividad 2.3)	Actas aprobadas por los integrantes	Febrero	Octubre	Profesional Universitario SIAU	Aux . Lidia Descanse, Directores Operativos y Subgerencia Salud.
		2.4	Formular e implementar acciones de mejora con base en las principales desviaciones encontradas en los informes de seguimiento.	ACTUAR	Se definen acciones para mejorar el avance y cumplimiento de resultados esperados.	(Número de acciones de mejora cumplidas / Número de acciones de mejora formuladas)*100	Plan de mejora formulado e informe de seguimiento.	Octubre	Noviembre	Profesional Universitario SIAU	Aux . Lidia Descanse, Directores Operativos y Subgerencia Salud.

Para las actividades que terminan en el mes de diciembre, se entiende como fecha límite de ejecución el 15 de diciembre. Los informes de consolidados de cumplimiento POA se deben presentar hasta el 21 de Diciembre de 2015.

Formulado y Revisado por: ANA BELÉN ARTEAGA TORRES, Subgerente de Salud e Investigación FRANCO SOLARTE VITERI, Director Operativo Red Occidente (E) LUIS ANTONIO GUZMÁN ROSERO, Director Operativo Red Oriente HERNÁN JAVIER GUERRERO BURBANO, Director Operativo Red Norte HÉCTOR MARINO JURADO YELA, Director Operativo Red Sur NELCY IBARRA, Profesional Universitaria SIAU	Aprobado por: BERNARDO OCAMPO MARTÍNEZ Gerente
---	---

**PLAN OPERATIVO ANUAL
GERENCIA FINANCIERA**

VIGENCIA

2015

**PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

GENERAR AUTO SOSTENIBILIDAD FINANCIERA EN LA ORGANIZACIÓN, MAXIMIZANDO LA PRODUCTIVIDAD Y GARANTIZANDO EL USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS RELACIONADOS CON LA RAZÓN DE SER LA EMPRESA.

OBJETIVO ESPECIFICO 2012-2016	META 2015	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
		Las acciones de planeación se surtieron en el último trimestre de 2014, con la preparación de planes de ventas y de necesidades, así como con la construcción participativa del presupuesto 2015 y la aprobación por Junta Directiva.									
Objetivo Específico No. 1 GENERAR EQUILIBRIO PRESUPUESTAL ENTRE EL GASTO COMPROMETIDO Y EL RECAUDO EFECTIVO CORRESPONDIENTE A CADA VIGENCIA. Objetivo Específico No. 2 LOGRAR UNA UTILIDAD NETA DEL 5%, DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	EQUILIBRIO Y UTILIDAD DEL 5% DERIVADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	1.1	HACER	Listado de deudores actualizado de manera mensual	(ERP con estado de cartera actualizado / Total de ERP que nos adeudan pagos) ERP: Entidad responsable de pago	Informe mensual de cartera por edades	Enero	Diciembre	Profesional Universitaria Cartera	Subgerencia Financiera y Comercial	
		1.2	HACER	Adelantar permanentemente la conciliación de saldos de cartera, presupuesto, contabilidad, tesorería y facturación, para garantizar la consistencia de la información.	Saldos conciliados entre las dependencias en el sistema de información. (Saldos conciliados corresponde a igualdad de valores registrados en las áreas)	(No de conciliación realizadas /total de conciliaciones programadas) *100	Informe mensual de cartera, reporte de saldos por Nit, actas de conciliación, Informe de Ingresos mensuales ,registrado en sistema sios .	Enero	Diciembre	Profesionales Universitarias de cartera, presupuesto, contabilidad, tesorería y facturación	Subgerencia Financiera y Comercial
		1.3	HACER	Gestionar el cobro y recaudo de cartera de acuerdo a la facturación por venta de servicios de salud. (Cuando se presenten cobros persuasivos se tendrá participación de Tesorería y Jurídica).	Disminuir la rotación de cartera que permita disponer de un mejor flujo de recursos	Indicador de rotación de cartera Porcentaje de recaudo frente a la facturado y reconocido.	Informes de cartera, oficios de circularización de saldos a las ERP, actas de conciliación con las ERP	Enero	Diciembre	Profesional Universitaria Cartera	Subgerencia Financiera y Comercial
		1.4	HACER VERIFICAR	Expedir y llevar control sobre certificados de disponibilidad presupuestal y registros presupuestales, como soportes financieros de las obligaciones adquiridas por Pasto Salud ESE.	Las obligaciones adquiridas por Pasto Salud ESE cuentan con el respaldo presupuestal, como base para mantener el equilibrio presupuestal y alcanzar la utilidad esperada.	(Monto de registro presupuestal/valor ingresos reconocidos)*100 (Monto de registro presupuestal /valor de ingresos recaudados)*100 Equilibrio presupuestal con recaudo Equilibrio presupuestal con reconocimiento	Ejecuciones presupuestales	Enero	Diciembre	Profesional Universitaria presupuesto	Subgerencia Financiera y Comercial y presupuesto
		1.5	VERIFICAR	Generar informes semestrales de resultados que permitan identificar desviaciones e implementar mejoras en los procedimientos financieros	Contar con la información pertinente al área financiera , para el cumplimiento de metas.	Informes semestrales de resultados presentados a la gerencia (equilibrio y utilidad de fecha de corte proyectados para la vigencia)	Comunicaciones oficiales, informes, ejecuciones presupuestales, estados financieros.	Julio	Agosto	Subgerente Financiero y Comercial	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias.
		1.6	ACTUAR	Analizar las desviaciones encontradas y definir acciones de mejora enfocadas al cumplimiento de las metas. (Cuando hay desviación negativa o desfavorable)	Acciones de mejoramiento definidas a fin de garantizar el cumplimiento de las metas	Cumplimiento: Documento de acciones de mejora	Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Agosto	Noviembre	Subgerente Financiero y Comercial	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias.
		1.7	PLANEAR	Adelantar los procesos de planeación y presupuestación en forma participativa incorporando los planes de ventas (ingresos), plan anual de adquisiciones, planeación del talento humano, entre otros. Planeación año 2016	Contar con un presupuesto de ingresos y gastos soportado en las posibilidades de ingresos de la entidad y las necesidades.	Presupuesto de ingresos y gastos para la vigencia 2016 aprobado por Junta Directiva	Informes, comunicaciones oficiales, plan de ventas, plan de adquisiciones, planeación talento humano, actas, registros.	Septiembre	Noviembre	Subgerente Financiero y Comercial	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias.
REDUCIR EL NIVEL DE GLOSAS DE LA INSTITUCION EN UN PORCENTAJE DE 0,5% CADA AÑO	REDUCCION DEL 0,5% DE LAS GLOSAS FRENTE AL AÑO ANTERIOR	2.1	PLANEAR	Contar con una planeación para el desarrollo de las actividades enfocadas en la disminución de glosas en la vigencia 2015	Cumplimiento: Plan de retroalimentación para la disminución de glosas formulado y avalado	Comunicaciones oficiales, registros, actas, plan de retroalimentación para la disminución de glosas	Febrero	Marzo	Profesional Especializado (glosas)	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad	
		2.2	HACER	Ejecutar el plan de retroalimentación de glosas para la vigencia 2015, de conformidad con las acciones previstas, que permita al personal conocer las causales de glosas con el fin de reducir o eliminar la ocurrencia	El personal administrativo y de la red de prestadores de servicios de salud tienen conocimiento de las causales de glosas. La cobertura de retroalimentación se proyecta mínimo al 85%	Cobertura: (Personal con retroalimentación de glosas / Total personal de la red de prestadores) * 100 Corresponde al personal con competencia dentro del proceso para generar una glosa	Actas, informes, registros de asistencia	Febrero	Noviembre	Profesional Especializado (glosas)	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad
		2.3	VERIFICAR	Evaluar las causas de glosas recepcionadas periódicamente frente al plan de retroalimentación	Contar con la información oficial que permita identificar la trazabilidad en el comportamiento de las glosas y que sirva de fundamento para la toma de decisiones.	Porcentaje de glosas del periodo evaluado Comparativo de variación del resultado de glosas frente al periodo anterior	Informes de glosas	Febrero	Noviembre	Profesional Especializado (glosas)	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad
		2.4	ACTUAR	Definir e implementar acciones de mejora grupales e individuales frente a las causales de glosa	Disminución de las glosas por las causales retroalimentadas, a través de acciones específicas	Resultado: (Acciones de mejora ejecutadas / acciones de mejora formuladas) *100 Puede desarrollarse a través de compromisos específicos y su cumplimiento	Comunicaciones oficiales, actas, registros de asistencia, informes	Febrero	Noviembre	Profesional Especializado (glosas)	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad

