

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

**VIGENCIA
 ENERO A MARZO DE
 2016**

**PROCESO
 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

**ARTICULACION PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
 OBJETIVO ESTRATEGICO**

DESARROLLAR EL TALENTO HUMANO, MEDIANTE UN ENFOQUE PARTICIPATIVO QUE GARANTICE SU COMPETENCIA, COMPROMISO Y MOTIVACION QUE ASEGUEN EL MEJORAMIENTO CONTINUO Y EL AUTOCONTROL SOPORTADO EN SISTEMAS DE INFORMACION.

OBJETIVO ESPECIFICO 2016-2020	META 2016	ACCIONES	PIVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	PLAZOS		RESPONSABLES	
							INC	FIN	LIDER	EQUIPO
MEJORAR EN UN 20% LAS COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO EN ASPECTOS ESPECIFICOS RELACIONADOS CON LA FORMACION, HABILIDADES Y DESTREZAS.	ACUMULADO	1. Definir plan o acciones de mejora tendientes a corregir las desviaciones que se detecten en el informe de resultados de evaluación de competencias realizado en la vigencia 2015. (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	ENERO	MARZO	Asesor de Talento Humano	Coordinador Grupo de Trabajo de Talento Humano
							ENERO	MARZO	Asesor de Talento Humano	Coordinador Grupo de Trabajo de Talento Humano
							ENERO	MARZO	Asesor de Talento Humano	Coordinador Grupo de Trabajo de Talento Humano
							ENERO	MARZO	Asesor de Talento Humano	Coordinador Grupo de Trabajo de Talento Humano
LOGRAR UN 90% DE SATISFACCION DEL CLIENTE INTERNO, FRENTE A LAS POLITICAS INSTITUCIONALES DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO.	MAYOR AL 90%	2. 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: Añálisis de desviaciones documentado	Análisis de desviaciones e identificación de causas.	ENERO	ENERO	Asesor de Talento Humano	Coordinador Grupo de Trabajo de Talento Humano
							ENERO	MARZO	Asesor de Talento Humano	Coordinador Grupo de Trabajo de Talento Humano

Lider: **DANNY FABIAN LOPEZ Y LOPEZ GUERRERO**
 Asesor Talento Humano

Revisó y Aprobó:
HECTOR MARINO JURADO YELA
 Gerente (E)

**PLAN OPERATIVO ANUAL
 ENFOQUE A USUARIOS**

**VIGENCIA
 2016**

**PROCESO
 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

**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 ESPECÍFICO 2012-2016	META 2015	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLES		
						INIC	FIN	LIDER	EQUIPO	
MEJORAR EN UN 10% LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIA	ACUMULADO 10% (No aplica acumulado por superar el 100%) MEJORAR EN UN 2% FRENTE AL RESULTADO DEL AÑO 2014 (96,5%)	1.1	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 2016. Documento metodológico y muestreo estadístico.	Enero	Febrero	Profesional Universitario SIAU	Aux. Lidia Descanse, Directores Operativos y Subgerencia Salud.	
		1.2	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 participantes del despliegue / Total personal) * 100 (Meta ≥ 80%)	Febrero	Febrero	Profesional Universitario SIAU	Aux. Lidia Descanse, Directores Operativos y Subgerencia Salud.	
		1.3	VERIFICAR	Ejecutar la metodología de medición de satisfacción de usuarios y PQR, aplicando los instrumentos definidos (HACER) Generar informes con corte trimestral para satisfacción de usuarios y mensual para PQR. (VERIFICAR)	Conocer el nivel de satisfacción y PQR 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%) Análisis de desviaciones documentado.	Febrero	Marzo	Profesional Universitario SIAU	Aux. Lidia Descanse, Directores Operativos y Subgerencia Salud.
		1.4	ACTUAR	Analizar las desviaciones encontradas en informes de satisfacción de usuarios y definir acciones de mejora enfocadas al cumplimiento de las metas.	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.	(Número de acciones de mejora ejecutadas / Número de acciones de mejora formuladas) * 100 (Meta ≥ 90%) Cuando aplique.	Marzo	Marzo	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.	FRENTE AL RESULTADO DEL AÑO 2014 INCREMENTAR LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN UN 5%	2.1	PLANEAR	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 2016. (Incrementar participación en un 5% frente al año 2015)	Se espera contar con asociaciones de usuarios conformadas y vigentes, así mismo con un plan de trabajo para la vigencia.	Enero	Febrero	Profesional Universitario SIAU	Aux. Lidia Descanse, Directores Operativos y Subgerencia Salud.	
		2.2	HACER	Desplegar los planes de trabajo a las asociaciones de usuarios de las IPS y ejecutar las acciones definidas	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	Febrero	Marzo	Profesional Universitario SIAU	Aux. Lidia Descanse, Directores Operativos y Subgerencia Salud.
		2.3	VERIFICAR	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.	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)	Febrero	Marzo	Profesional Universitario SIAU	Aux. Lidia Descanse, Directores Operativos y Subgerencia Salud.
		2.4	ACTUAR	Formular e implementar acciones de mejora con base en las principales desviaciones encontradas en los informes de seguimiento.	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	Marzo	Marzo	Profesional Universitario SIAU	Aux. Lidia Descanse, Directores Operativos y Subgerencia Salud.

Formulado y Revisado por:

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES, Subgerente de Salud e Investigación

NELCY IBARRA, Profesional Universitaria SIAU

Aprobado por:


 HECTOR MARINO JURADO YELA
 Gerente

**PLAN OPERATIVO ANUAL
MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS**

**VIGENCIA
2016**

**PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

**ARTICULACION PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATEGICO**

MEJORAR CONTINUAMENTE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL, Y DE APOYO ADMINISTRATIVO, ASUMIENDO CADA VEZ COMO LINEA BASE EL RESULTADO LA ULTIMA AUTOEVALUACION DE LOS ESTANDARES DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION.

OBJETIVO ESPECIFICO 2012-2016	META 2015	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	RESPONSABLES				
							PLAZA INC	FIN	LIDER	EQUIPO	
ALCANZAR UNA CALIFICACION PROMEDIO DE 2.49 EN LOS DIFERENTES PAQUETES DE ESTANDARES DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION. (Objetivo especifico articulado a procesos internos y a PAMEC)	Calificación de 2.07 (2.49 a Marzo de 2016)	1.1 Hacer análisis de resultados de indicadores de las anualidades 2014 - 2015 para verificar su cumplimiento.	PLANEAR	Analizar el grado de cumplimiento de las metas de cada indicador y el análisis de causas para la implementación de acciones de mejora	Documento de análisis de indicadores	Documento de análisis de indicadores.	Enero	Febrero	Directores Operativos de Red. Profesional Especializado de Calidad		
		1.2 Formular acciones de mejora frente al resultado del análisis de indicadores de los periodos 2014 - 2015	HACER	Alcanzar un incremento del 5% de cumplimiento de metas formuladas en los diferentes indicadores	Total de indicadores que requieren acciones de mejora, con acciones de mejora/100% de indicadores que requieren formulación de acciones de mejor	Acciones de Mejora documentadas	Acciones de Mejora documentadas	Febrero	Marzo	Directores Operativos de Red. Profesional Especializado de Calidad	
		1.3 Hacer seguimiento a la ejecución de las acciones de mejora formuladas	VERIFICAR	Verificar la ejecución y efectividad de las acciones de mejora formuladas	Verificar la ejecución y efectividad de las acciones de mejora formuladas	Acciones de mejora con seguimiento en su ejecución/Total acciones de mejora formuladas	Actas de seguimiento, actas de reunión, soportes de las acciones implementadas	Actas de seguimiento, actas de reunión, soportes de las acciones implementadas	Febrero	Marzo	Directores Operativos de Red. Profesional Especializado de Calidad
		1.4 Verificar el grado de eficacia de las acciones formuladas y replantear acciones si es necesario	ACTUAR	Verificar el grado de eficacia de las acciones formuladas y replantear acciones si es necesario	Determinar la eficacia de las acciones con base en la tendencia de los indicadores	Promedio de indicadores al finalizar periodo / promedio previo de indicadores	Resultado de indicadores	Resultado de indicadores	Marzo	Marzo	Directores Operativos de Red. Profesional Especializado de Calidad
		2.1 Formular participativamente el Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) vigencia 2016, como resultado de la autoevaluación de Estándares de Acreditación. Documentar y gestionar su aprobación mediante acto administrativo o acta.	PLANEAR	Formular participativamente el Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) vigencia 2016, como resultado de la autoevaluación de Estándares de Acreditación. Documentar y gestionar su aprobación mediante acto administrativo o acta.	Contar con un plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC 2016, 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	Soportes de formulación en equipos de autoevaluación de estándares, actas de reunión, Acto administrativo de aprobación	Enero	Enero	Formulación y entrega: Equipos de Autoevaluación de Estándares de Acreditación. Consolidación y gestión de aprobación: Profesional Especializado Calidad.
LOGRAR UNA EJECUCION 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 Pato 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 analiza 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 e Noviembre) (Acciones del PAMEC ejecutadas/Acciones formuladas en el PAMEC) *100 (Meta ≥90%)	Despliegue: Actas de equipos de trabajo, hojas de envía 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	Marzo	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	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.	Contar con información relacionada al avance, cumplimiento o desviaciones en la ejecución del PAMEC, que permita la toma de decisiones para mejora.	(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.	Informe de auditoría. Seguimiento a la ejecución de Pamec por grupos de estándares.	Febrero	Marzo	Equipos de autoevaluación de estándares: Presentación informe con corte a 30 de marzo de 2016.
		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	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.	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 aplique. Plan de mejora para desviaciones desfavorables o negativas de cumplimiento a PAMEC	Documento de análisis de resultados y definición de acciones de mejora, cuando aplique. Plan de mejora para desviaciones desfavorables o negativas de cumplimiento a PAMEC	Febrero	Marzo	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	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.	Contar con información relacionada al cumplimiento en la ejecución del PAMEC. Informe equipos autoevaluación. 30 de marzo	(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.	Informe de auditoría. Seguimiento a la ejecución de Pamec por grupos de estándares.	Marzo	Marzo	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
		Para las actividades que terminan en el mes de diciembre, se entienda 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, Profesional Especializado Calidad

Aprobado por:
HECTOR MARINO JURADO YELA
Gerente

**PLAN OPERATIVO ANUAL
 MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS**

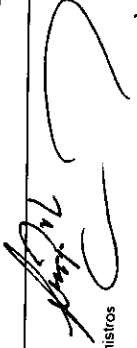
**VIGENCIA
 2016**

**PROCESO
 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
 OBJETIVO ESTRATÉGICO**

OBJETIVO ESPECÍFICO	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES	
							INIC	FIN	LIDER	EQUIPO
GARANTIZAR QUE EL 80% DE LAS COMPRAS DE MEDICAMENTOS Y DE SERVICIOS MÉDICOS SE REALICEN POR MECANISMOS ELECTRÓNICOS.	Resultado mayor o igual al 70% o igual al 80%	Adelantar los procesos internos de contratación u otros que permitan contar con la plataforma electrónica para las adquisiciones de Pasto Salud ESE. Ejecutar los procesos de compras de medicamentos y de insumos médicos quirúrgicos a través de mecanismos electrónicos. Recoger los datos para la construcción de indicadores que permitan medir los procesos.	HACER	Contar con la plataforma que permita las adquisiciones electrónicas de Pasto Salud ESE. Realizar compras electrónicas mínimo del 80% del total de las compras, para medicamentos e insumos médicos quirúrgicos. Contar con datos e	Resultado: Plataforma electrónica disponible para uso de la entidad (Contrato de servicios u otro). Resultado: (Valor de adquisiciones por mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones) *100	Contrato o documento que autoriza a Pasto Salud ESE el uso de la plataforma electrónica. Reportes de ejecución de compras, informes, comunicaciones oficiales.	Enero	Enero	Gerente Profesional Universitario Suministros	
ALCANZAR UN 80% EN LA SATISFACCIÓN DE PROVEEDORES	Resultado mayor o igual al 70%	Diseñar mecanismos que permitan obtener información de la satisfacción de los proveedores en sus relaciones con Pasto Salud ESE.	PLANEAR	Mecanismos para medición de satisfacción de proveedores.	Cumplimiento: Documento metodológico para medición de satisfacción de proveedores, revisado y avalado para su aplicación.	Actas, registros, metodología.	Enero	Mayo	Profesional Universitario Suministros	Secretaría General - Suministros Oficina Asesora Jurídica


Formulado y Revisado por:



JUAN PABLO LLANOS RUALES Secretario General

CAMPDS ANDRES ENRIQUEZ Profesional Universitario Suministros

Aprobado por:



HECTOR MARIND JURADO YELA
Gerente

PLAN OPERATIVO ANUAL

VIGENCIA
2016

PROCESO PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
 CODIGO NUMERO


ARTICULACION PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATEGICO
 MEJORAR CONTINUAMENTE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL, Y DE APOYO ADMINISTRATIVO, ASUMIENDO CADA VEZ COMO LINEA BASE EL RESULTADO LA ÚLTIMA AUTOEVALUACION DE LOS ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

OBJETIVO ESPECIFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	CICLO PMA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLE		
							INC	FIN	LIDER	EQUIPO	
LOGRAR UN DESARROLLO DEL 80% EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE APALANQUEN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES	80%	1.1. Desplegar al interior de la organización el manual de Gerencia de la Información v2.0. y los procesos de gestión de la información.	PLAN	Alcanzar un cumplimiento de ejecución del 90%.	(Número de actividades cumplidas / Total actividades programadas)*100.	Contar con un documento donde se defina la planificación de actividades de mejora relacionadas en la Autoevaluación. Estándares de	ENERO	AGOSTO	OFICINA DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Archivo y Correspondencia, Equipos Primarios, Directores Operativos	
		Gerencia de la Información y los procesos de Gestión de la información	HACER	Ejecutar el Plan de Gerencia de la Información de conformidad con las acciones y plazos previstos	Informe de seguimiento consolidado presentado a la alta dirección.	Informe de seguimiento que permita identificar el nivel de cumplimiento del Plan de Gerencia de la Información.					
		1.3. Hacer seguimiento a la ejecución de los procesos de gestión de la información y las directrices definidas en el manual de Gerencia de la Información v2.0	VERIFICAR	Realizar seguimiento a la ejecución del Plan de Gerencia de la Información. Consolidar informe de seguimiento y resultados, para presentar a la alta dirección.	Documento de acciones de mejora para ejecución del Plan de Gerencia de la Información.	Documento de acciones de mejora para ejecución del Plan de Gerencia de la Información.					
		1.4. Definir acciones de mejora sobre desviaciones presentadas.	ACTUAR	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)	Acciones de mejoramiento definidas a fin de garantizar el cumplimiento de las metas	Documento de acciones de mejora para ejecución del Plan de Gerencia de la Información.					
		gestión y control de calidad de los datos en archivo físico y electrónico.	PLAN	Visitas de inspección a las 22 IPS seleccionadas	Cronograma	Cronograma					
		2.2 Ejecutar las actividades de revisión y auditoría en las IPS seleccionadas	HACER	Visitas a Totalidad ips programadas	visitas realizadas / visitas Programadas	Formato de Visitas					
		2.3. Realizar un informe de hallazgos para ser presentado a directores operativos, subgerencia de Salud y Gerencia	VERIFICAR	Identificación Oportunidades de Mejora planes de mejora	Informe de Auditoría	Informe de Auditoría		FEBRERO	DICIEMBRE	OFICINA DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA	Oficina de Archivo y Correspondencia
		2.4. Revisión en campo de las condiciones de orden, legibilidad, almacenamiento de los registros clínicos.	ACTUAR	Auditoría realización Oportunidades de Mejora	Planes de mejoramiento ejecutados/ Planes de mejora propuestos	Informe de Planes de Mejoramiento Ejecutados					

Formuló: Juan Carlos Gueda Villota
 Profesional Universitario de Archivo y Correspondencia

Revisó: Juan Pablo Alanos Ruales
 Secretario General

Aprobó: HECTOR MARINO JURADO YELA
 Gerente





ALMACEN

VIGENCIA 2016

PROCESO GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO Y GESTION

MEJORAR CONTINUAMENTE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL, Y DE APOYO ADMINISTRATIVO, ASUMIENDO CADA VEZ COMO LINEA BASE EL RESULTADO LA ULTIMA AUTOEVALUACION DE LOS ESTANDARES DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION

GARANIZACION DEL SERVICIO	PLANEAR		ACTUAR	VERIFICAR	HACER	Oportunidad de entregas: OE= Número de entregas realizadas dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción de las entregas realizadas en el periodo	Bajas de inventario: BI= Número de elementos dados de baja en el año/ Número de elementos recibidos como inservibles u	Almacénista General, Técnico de Almacén, Almacénistas Auxiliares de Red							
	Recibir y verificar los documentos que soportan el ingreso de elementos a almacén.	Coordinar la fecha de entrega							Recibir físicamente los elementos.	Aceptar la factura presentada por el proveedor.	Elaborar ficha técnica.	Ingresar los elementos al sistema.	Entregar al interventor o a suministrados el reporte de ingreso.	Archivar la documentación generada.	Recibir la solicitud de suministro y verificar existencias en el sistema.
Garanizar el ingreso al inventario y patrimonio de la Empresa de todas las adquisiciones que realice.	PLANEAR	HACER	ACTUAR	VERIFICAR	HACER	Ingreso de los suministros y bienes necesarios para la prestación de los servicios de salud	NA								
Mantener actualizado el inventario de la Empresa.	PLANEAR	HACER	ACTUAR	VERIFICAR	HACER	Entrega oportuna de los bienes adquiridos por la Empresa, de acuerdo a las solicitudes y distribuciones recibidas en almacén.	Demandas insatisfechas: DI= Número de solicitudes despachadas totalmente / Número de solicitudes recibidas.								
Registrar, clasificar, controlar y valorar mediante la verificación física toda clase de bienes y/o elementos que integran el	PLANEAR	HACER	ACTUAR	VERIFICAR	HACER	Inventario de la Empresa actualizado, inventario verificado, actualizado y registrado por puesto de trabajo con actas firmadas	NA								

CALEIFICACION DE 2.49 A MARZO DE 2016

Aprobado por

[Signature]
HECTOR MARINO JURADO YELA
Gerente

[Signature]

JUAN PABLO LLANOS RUALES secretario General
CARMEN ALICIA GOMEZ ZUNIGA Almacén General