



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PASTO SALUD E.S.E
NIT.900091143-9

INFORME DE GESTIÓN
PLANES OPERATIVOS ANUALES

VIGENCIA I SEMESTRE DE 2017

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020

Fortalecer el desarrollo del talento humano, mediante la implementación de estrategias orientadas a satisfacer las necesidades y expectativas identificadas con enfoque participativo mejorando su competencia, compromiso y motivación.

OBJETIVO ESPECIFICO 1	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
1.	ALCANZAR UN CUMPLIMIENTO DEL 90% EN LOS PROCESOS DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO QUE SE FORMULEN EN CADA UNA DE LAS VIGENCIAS.	90	Informe anual consolidado.	Alcanzar un cumplimiento del 90% en los procesos de capacitación y entrenamiento que se formulen en cada una de las vigencias.	ENERO	DICIEMBRE	Jefe Oficina Asesora de Talento Humano	Grupo de Gestion del Talento Humano, Gerente, Subgerente de Salud e Investigación, Secretaria General, Directores Operativos y Oficina de Planeación.	NO APLICA	S.O
ACTIVIDADES		PHVA								
1.1	Formular el Plan Institucional de Capacitación, desagregado en capacitación.	1	_PIC 2017 firmado. _Resolución 117 del 22 de marzo de 2017 por medio de la cual se aprueba el PIC de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.	Se cuenta con un Plan Institucional de Capacitación 2017 formulado y aprobado.	ENERO	MARZO	Jefe Oficina Asesora de Talento Humano	Grupo de Gestion del Talento Humano	ACTIVIDAD REALIZADA	El Plan fue formulado y gestionado para aprobación por la Oficina Asesora de Planeación, con el apoyo del equipo directivo.
1.2	Ejecutar las actividades establecidas en el Plan Institucional de capacitación.	90	Informes de capacitación, registros, Actas.	Contar con un informe que permita evaluar el cumplimiento del Plan Insitucional de Capacitación y establecer oportunidades de mejora.	JULIO	JULIO	Jefe Oficina Asesora de Talento Humano	Grupo de Gestion del Talento Humano	ACTIVIDAD REALIZADA	A 30 de junio de 2017 el PIC tiene un nivel de cumplimiento del 65%, no se cumple con la meta del 90%.
1.3	Realizar seguimiento a la ejecución del Plan de Capacitación vigencia 2017, con corte a Julio. Consolidar informe de seguimiento y resultados (Cumplimiento, coberturas).	90	Número de actividades ejecutadas y cumplidas (13) / total de actividades programadas(10) x 100 = 130%	Informe de seguimiento consolidado.	AGOSTO	AGOSTO	Jefe Oficina Asesora de Talento Humano	Grupo de Gestion del Talento Humano	NO APLICA	S.O
1.4	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)	1	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Documento de acciones de mejora.	Plan de mejora suscrito.	AGOSTO	AGOSTO	Jefe Oficina Asesora de Talento Humano	Grupo de Gestion del Talento Humano	NO APLICA	S.O
OBJETIVO ESPECIFICO 2										
2.	MEJORAR EN UN 5% LAS COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO CON ENFASIS EN HABILIDADES Y DESTREZAS.	1.25	Informe.	Mejorar en un 1.25% las competencias del Talento Humano con énfasis en habilidades y destrezas.	ENERO	DICIEMBRE	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano Directores Operativos, Jefe de Oficina	NO APLICA	S.O
ACTIVIDADES		PHVA								

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020**

Fortalecer el desarrollo del talento humano, mediante la implementación de estrategias orientadas a satisfacer las necesidades y expectativas identificadas con enfoque participativo mejorando su competencia, compromiso y motivación.

OBJETIVO ESPECIFICO 1	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
2.1	Revisar la metodología de evaluación de competencias laborales al personal de Pasto Salud ESE.	1	Metodología aprobada	Contar con una metodología para realizar la evaluación de competencias.	JULIO	AGOSTO	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano	NO APLICA	S.O
2.2	Aplicar la metodología de evaluación de competencias laborales al personal de Pasto Salud ESE.	90	Informe de evaluación de competencias.	El 90% del Talento Humano de la Empresa cuenta con evaluación de competencias.	SEPTIEMBRE	SEPTIEMBRE	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano	NO APLICA	S.O
2.3	Elaborar y ejecutar el plan de mejoramiento ante los resultados obtenidos (Para vigencias 2017-2018)	90	Plan de mejoramiento aprobado	Contar con un Plan de Mejoramiento para garantizar el cumplimiento de las metas.	OCTUBRE	DICIEMBRE	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano	NO APLICA	S.O

OBJETIVO ESPECÍFICO 3

3	LOGRAR UN 90% DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO, FRENTE A LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO.	90	Informe. Encuestas tramitadas.	Lograr el 90% de satisfacción del cliente interno frente al desarrollo de las Políticas de Talento Humano.	DICIEMBRE	DICIEMBRE	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano - Gerencia	NO APLICA	S.O
---	---	----	--------------------------------	--	-----------	-----------	--------------------------	---	-----------	-----

ACTIVIDADES

ACTIVIDADES		PHVA										
3.1	Revisar la encuesta para la medición del clima organizacional	PLANEAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Documento aprobado	1	Formato de encuesta firmado	Se cuenta con formato de encuesta avalado por Gerencia.	ABRIL	MAYO	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano - Gerencia	ACTIVIDAD REALIZADA	S.O
3.2	Aplicar la encuesta del clima organizacional y generar el informe	HACER	INDICADOR: COBERTURA: (Número de personas que diligenciaron la encuesta / Total personal de Planta) x 100	90	Encuestas diligenciadas Informe de clima organizacional	Informe de clima organizacional	JUNIO	JULIO	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano - Coordinador del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo	NO APLICA	S.O
3.3	Elaborar y ejecutar el plan de mejoramiento ante los resultados obtenidos (Para las vigencias 2017-2018)	ACTUAR	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: (Numero de actividades ejecutadas / Numero de actividades programadas) x 100	90	Informe de cumplimiento del Plan de mejoramiento.	Plan de mejoramiento	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano	NO APLICA	S.O

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020**

Fortalecer el desarrollo del talento humano, mediante la implementación de estrategias orientadas a satisfacer las necesidades y expectativas identificadas con enfoque participativo mejorando su competencia, compromiso y motivación.

OBJETIVO ESPECIFICO 1	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO				
3.4	Aplicar la encuesta de satisfacción del cliente Interno frente al desarrollo de las políticas de la Empresa	PLANEAR	INDICADOR: COBERTURA: (Número de personas que diligenciaron la encuesta / Total personal de Planta) x 100	90	Encuestas diligenciadas Informe de satisfacción del talento humano	Informe de satisfacción del cliente Interno frente al desarrollo de las políticas de Talento Humano.	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano	NO APLICA	S.O
3.5	Elaborar el Plan de mejoramiento ante los resultados obtenidos para la siguiente vigencia.	ACTUAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO Plan de mejoramiento	1	Plan de mejoramiento firmado por el Asesor de Talento Humano y el Gerente.	Plan de mejoramiento aprobado	DICIEMBRE	DICIEMBRE	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano	NO APLICA	S.O
OBJETIVO ESPECÍFICO 4												
4	DETERMINAR E IMPLEMENTAR UN PROCESO PARA LA VINCULACIÓN DEL TALENTO HUMANO.		INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Estudio de factibilidad	1	Documento firmado por el Gerente y el Asesor de Talento Humano.	Contar con un Estudio de factibilidad que permita determinar e implementar un proceso para la vinculación del Talento Humano.	DICIEMBRE	ENERO	Asesor de Talento Humano	Direcciones Operativas de Red, Subgerencia de salud e investigaciones y Subgerencia Financiera y comercial.	NO APLICA	Avance: Se cuenta con un avance del 95% frente a las actividades planteadas.
ACTIVIDADES												
4.1	Formular estudio financiero y viabilidad de la Planta temporal	PLANEAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Informe Financiero y viabilidad de la inclusión de contratista en la planta de la Empresa.	1	Documento firmado por el Gerente y el Asesor de Talento Humano.	Informe que permita determinar la viabilidad financiera.	FEBRERO	OCTUBRE	Asesor de Talento Humano y Area Financiera	Direcciones Operativas de Red, Subgerencia de salud e investigaciones y Subgerencia Financiera y comercial.	NO APLICA	Se cuenta con documento para aprobación.
4.2	Elaborar estudio de necesidad de personal temporal		INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Informe estudio de necesidades de personal temporal.	1	Documento firmado por el Gerente y el Asesor de Talento Humano.	<u>Se cuenta con estudio finalizado.</u>	FEBRERO	DICIEMBRE	Directores Operativos y Asesor de Talento Humano	Directores Operativos, Jefe de Area y de oficina	NO APLICA	S.O
4.3	Describir y analizar la Institución		INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Informe de descripción y análisis de la Institución.	1	Documento firmado por el Gerente y el Asesor de Talento Humano.	<u>Se cuenta con estudio finalizado.</u>	FEBRERO	OCTUBRE	Oficina Juridica	Oficina de Planeación	NO APLICA	S.O

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020**

Fortalecer el desarrollo del talento humano, mediante la implementación de estrategias orientadas a satisfacer las necesidades y expectativas identificadas con enfoque participativo mejorando su competencia, compromiso y motivación.

OBJETIVO ESPECIFICO 1	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
4.4	Elaborar el manual de funciones de la Planta de personal temporal.	PLANEAR	Manual de funciones de la Planta de personal temporal.	1	Documento firmado por el Gerente y el Asesor de Talento Humano.	<u>Se cuenta con el avance del 95%.</u>	FEBRERO OCTUBRE	Oficina Jurídica Asesor de Talento Humano, Direcciones Operativas de Red, Subgerencia de salud e investigaciones y Subgerencia Financiera y comercial.	NO APLICA	a 30 de junio se cuenta con el avance del 95% en la construcción del Manual de funciones de la Planta de personal temporal.

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 2017.

CONSOLIDÓ CON FUNDAMENTO EN INFORMES OFICIALES:	APROBÓ:
SANDRA MILENA VIVEROS SOTTO Jefe Oficina Asesora de Planeación	ANA BELÉN ARTEAGA TORRES Gerente

CUMPLIMIENTO	3
OPORTUNIDAD DE MEJORA	0
TOTAL METAS I SEMESTRE 2017	3
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	100.0

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020**

Mejorar continuamente los procesos de direccionamiento, gerencia, atención al cliente asistencial y de apoyo administrativo, mediante la implementación de procesos de mejoramiento de la calidad y asumiendo los resultados de autoevaluaciones periódicas.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
1	LOGRAR LA CERTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES A TRAVÉS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2015 Y LA NTC GP 1000:2009.	100	_Informe de resultados	Implementación de la norma.	ENERO	DICIEMBRE	Gerente	Oficina Asesora de Planeación y Oficina Auditoria de cuentas.	NO APLICA	No se presenta avance en la certificación de los procesos institucionales a través de la norma NTC ISO 9001:2015 y la NTC GP 1000:2009.
ACTIVIDADES		PHVA								
1.1	Desplegar las normas NTC ISO 9001:2015 y la NTC GP 1000:2009 al personal administrativo de las sede administrativa y al personal de las Redes Operativas.	100	_Registro de asistencia _Registro de invitación	Que el personal de Pasto Salud ESE conozca las normas NTC ISO 9001:2015 y la NTC GP 1000:2009	MAYO	MAYO	Gerencia	Oficina Asesora de Planeación, Profesional Especializado en Calidad, Oficina Asesora de Control Interno y Directores Operativos.	OPORTUNIDAD DE MEJORA	S.O
1.2	Formular un plan de auditoria interna de la Norma NTC ISO 9001:2015 y la NTC GP 1000.	1	_Documento suscrito	Contar con un Plan que permita medir el nivel de cumplimiento de los requisitos de las normas ISO 9001:2015 y NTC GP 1000.	JULIO	AGOSTO	Oficina Asesora de Planeación y Oficina de Control Interno	Gerencia, Profesional Especializado en Calidad.	NO APLICA	S.O
1.3	Implementar una auditoria interna de la Norma NTC ISO 9001:2015 y la NTC GP 1000 a los procesos estratégicos, asistenciales y de soporte administrativo como línea base.	1	_Informe validado en Comité Coordinador de Control Interno	Contar con una lista de los requisitos de las normas NTC ISO 9001:2015 y NTC GP 1000:2008 no conformes.	JULIO	AGOSTO	Oficina Asesora de Planeación	Gerencia, Profesional Especializado en Calidad y Oficina Asesora de Control Interno.	NO APLICA	S.O
1.4	Establecer un <u>Plan de mejoramiento</u> para dar cumplimiento a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015 y la NTC GP 1000:2009.	1	_Documento suscrito.	Establecimiento de una	ENERO 2018	FEBRERO 2018	Oficina Asesora de Planeación y Oficina de Calidad	Gerencia, Profesional Especializado en Calidad y Oficina Asesora de Control Interno.	NO APLICA	S.O
1.5	Implementar <u>Plan de Mejoramiento</u> .	100	_Documento consolidado: informe de autoevaluación.	Implementación de las normas NTC ISO 9001:2015 y NTC GP 1000:2008	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE	Oficina Asesora de Planeación	Gerencia, Profesional Especializado en Calidad y Oficina Asesora de Control Interno.	NO APLICA	S.O

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020**

Mejorar continuamente los procesos de direccionamiento, gerencia, atención al cliente asistencial y de apoyo administrativo, mediante la implementación de procesos de mejoramiento de la calidad y asumiendo los resultados de autoevaluaciones periódicas.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
1.6	Realizar auditoría interna para verificar el grado de cumplimiento de los requisitos de la ISO 9001 y GP 1000	100	_Documento consolidado: informe de autoevaluación.	Implementación de las normas NTC ISO 9001:2015 y NTC GP 1000:2008	DICIEMBRE	DICIEMBRE	Oficina Asesora de Planeación	Gerencia, Profesional Especializado en Calidad y Oficina Asesora de Control Interno.	NO APLICA	S.O
OBJETIVO ESPECÍFICO										
2	ALCANZAR UNA CALIFICACIÓN PROMEDIO DE 3,94 EN LOS DIFERENTES PAQUETES DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.	2.28	Informe de autoevaluación 2017.	Alcanzar una calificación de 2.28	ENERO	DICIEMBRE	Equipos de autoevaluación de estándares de acreditación:		NO APLICA	S.O
ACTIVIDADES										
2.1	Formular PAMEC 2017 de acuerdo al resultado de la autoevaluación de los estándares de acreditación	1	Resolución 147 del 24 de Abril de 2017, mediante la cual se aprueba y adopta el PAMEC 2017.	Se cuenta con un PAMEC (programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad) para la vigencia 2017	ABRIL	ABRIL	Profesional especializado en Calidad	Equipos de autoevaluación de estándares de acreditación:	CUMPLIMIENTO	S.O
2.2	Adelantar seguimiento semestral de ejecución a PAMEC, con fundamento en los informes con corte a Junio de 2017	90	No se cuenta con Informe de auditoría semestral: Seguimiento a la ejecución de PAMEC 2017 por grupos de estándares.	No se cuenta con resultado.	JUNIO	JUNIO	Profesional especializado en Calidad	Equipo de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad.	OPORTUNIDAD DE MEJORA	Según el Plan anual de auditorías el seguimiento al cumplimiento de actividades planteadas en el PAMEC durante el primer semestre de 2017, se realizará en los meses de junio y julio del presente año, por lo cual se tiene aprobado el programa de auditoría, así como el cronograma el cual empezará a ejecutarse desde el 24 de Julio de 2017.
2.3	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 diciembre de 2017.	90	Informe de auditoría: Seguimiento a la ejecución de PAMEC por grupos de estándares.	Contar con información relacionada al cumplimiento en la ejecución del PAMEC.	NOVIEMBRE	** (Nota)	Profesional especializado en Calidad	Equipos de autoevaluación de estándares. Equipo de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad.	NO APLICA	S.O
2.4	Realizar la autoevaluación de los grupos de estándares de acreditación con corte a diciembre de 2017.	2.28	Informe de Autoevaluación 2017.	Alcanzar una calificación de 2.28	DICIEMBRE				NO APLICA	S.O
OBJETIVO ESPECÍFICO										
3	LOGRAR UN 90% DE CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN LOS PLANES OPERATIVOS ANUALES DE CADA VIGENCIA.	90	Informe POA firmado.	Alcanzar un cumplimiento de ejecución de POA mínimo del 90%	ENERO	DICIEMBRE	Gerente Jefe Oficina Asesora de Planeación	Funcionarios Directivos, Asesores y Jefes de dependencias.	NO APLICA	A primer semestre del año 2017 no se cumple el indicador de cumplimiento del 90%.
ACTIVIDADES										

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020

Mejorar continuamente los procesos de direccionamiento, gerencia, atención al cliente asistencial y de apoyo administrativo, mediante la implementación de procesos de mejoramiento de la calidad y asumiendo los resultados de autoevaluaciones periódicas.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO				
3.1	Formular Planes Operativos Anuales para el periodo enero-diciembre de 2017. 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	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Planes operativos aprobados mediante acto administrativo y publicados en los términos del art 74 de la Ley 1474 de 2011.	4	_Resolución 0047 de enero 27 de 2017. _Resolución 137 de abril 11 de 2017. _Publicación en página web _Planes Operativos firmados	La entidad cuenta con 4 planes operativos formuados y aprobados para ejecución durante la vigencia.	ENERO	MARZO	Responsables de ejecución de POA de acuerdo a lo descrito en cada una de las actividades. Funcionarios Directivos, Asesores y Jefes de dependencias.	CUMPLIMIENTO	Inicialmente los Planes Operativos anuales fueron aprobados mediante <u>resolución 0047 de enero 17 de 2017</u> para dar cumplimiento a los términos del artículo 74 de la ley 1474 de 2011. Una vez se aprobó el Plan de Desarrollo Institucional mediante acuerdo 005 del 03 de febrero de 2017, Los Planes Operativos Anuales fueron actualizados y se aprobaron mediante resolución 137 de abril 11 de 2017.	
3.2	Ejecutar los planes operativos anuales 2017 de conformidad con las acciones y plazos previstos.	HACER	INDICADOR: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES OPERATIVOS EN EL PRIMER SEMESTRE DE LA VIGENCIA:	90	Informe POA firmado.	Alcanzar un cumplimiento de ejecución de POA mínimo del 90%	AGOSTO	AGOSTO	Gerente Jefe Oficina Asesora de Planeación	Responsables de ejecución de POA de acuerdo a lo descrito en cada una de las actividades.	NO APLICA	S.O
3.3	Realizar seguimiento y evaluación al nivel de cumplimiento de los Planes Operativos Anuales.	VERIFICAR	Número de actividades cumplidas a primer semestre (25) / Total actividades programadas en el primer semestre(34) x 100 = <u>73.53%</u>								NO APLICA	S.O
OBJETIVO ESPECÍFICO												
4	LOGRAR UN DESARROLLO DEL 90% EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE APALANQUEN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES.	PHVA	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN: Número de actividades desarrolladas (15) / número de actividades programadas en el año (34) x 100 = <u>44.12%</u>	90	Informe anual de cumplimiento (Plan de comunicaciones, Plan Gerencia de la Información y Plan Seguridad Informática)	Alcanzar el 90% de desarrollo en los sistemas de información (Plan de Comunicaciones, Plan Gerencia de la Información y Plan de Seguridad Informática)	ENERO	DICIEMBRE	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia	NO APLICA	A 30 de junio de 2017 se ha desarrollado el 44.12% de las actividades establecidas en el componente de sistemas de información.
ACTIVIDADES												
4.1	Formular el Plan de Gerencia de la Información, Plan de Seguridad Informática y Plan de Comunicaciones de la vigencia 2017 para definir acciones encaminadas al desarrollo del buen manejo, aprovechamiento y análisis de la información y gestionar su aprobación en comité de control Interno.	PLANEAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: 3 Planes aprobados.	3	Documentos y acta No. 4 del del 22 de Febrero de 2017 del Comité de Control Interno mediante la cual se da aprobación y adopción del Plan de Gerencia de la información, Plan de Seguridad Informática y Plan de Comunicaciones.	Se cuenta con 3 planes para el desarrollo de los sistemas de información que permitan la toma de decisiones.	FEBRERO	FEBRERO	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia	CUMPLIMIENTO	S.O
4.2	Ejecutar el Plan de Gerencia de la Información, Plan de Seguridad Informática y Plan de Comunicaciones de conformidad con las acciones definidas, plazos previstos y responsables.	HACER	INDICADOR: PORCENTAJE DE AVANCE DE LAS ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN:	90	Informe de avance de cumplimiento de las actividades contempladas en los planes para el desarrollo del sistema de Información.	Alcanzar el 90% de cumplimiento	NOVIEMBRE	NOVIEMBRE	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia	NO APLICA	S.O

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020


Mejorar continuamente los procesos de direccionamiento, gerencia, atención al cliente asistencial y de apoyo administrativo, mediante la implementación de procesos de mejoramiento de la calidad y asumiendo los resultados de autoevaluaciones periódicas.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
4.3 Ejecutar el Plan de Gerencia de la Información, Plan de Seguridad Informática y Plan de Comunicaciones de conformidad con las acciones definidas, plazos previstos y responsables.	VERIFICAR Número de actividades cumplidas (15) / Total actividades programadas (34) x 100 = 44.12% Desagregar en cada Plan. 1) Plan de Gerencia de la Información = número de actividades cumplidas (6) / Total actividades programadas en el año (16) x 100 = 37% 2) Plan de Seguridad de la Información = número de actividades cumplidas (5) / Total actividades programadas en el año (9) x 100 = 55% 3) Plan de Comunicaciones = número de actividades cumplidas (4) / Total actividades programadas en el año (9) x 100 = 44%	90	Informe de avance de cumplimiento de las actividades contempladas en los planes para el desarrollo del sistema de Información.	Alcanzar el 90% de cumplimiento de las actividades contempladas en los planes para el desarrollo de los sistemas de información (Plan de Comunicaciones, Plan Gerencia de la Información y Plan de Seguridad Informática)	NOVIEMBRE	NOVIEMBRE	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia	NO APLICA	La Oficina de Comunicaciones y Sistemas remite avance de actividades programadas para la vigencia 2017.
4.4 Analizar las desviaciones encontradas en la ejecución del Plan de Gerencia de la Información, Plan de Seguridad Informática, Plan de Comunicaciones y definir acciones de mejora enfocadas al cumplimiento de las metas. (Cuando hay desviación negativa o desfavorable)	ACTUAR INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Plan de mejoramiento aprobado	1	Documento suscrito.	Plan de mejoramiento Formulado y aprobado coteniendo las actividades no cumplidas.	DICIEMBRE	DICIEMBRE	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia	NO APLICA	S.O
OBJETIVO ESPECÍFICO										
5 GARANTIZAR QUE EL 80% DE LAS COMPRAS DE MEDICAMENTOS Y DE INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS SE REALICEN POR MECANISMOS ELECTRÓNICOS	INDICADOR: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRURGICOS ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS ELECTRÓNICOS: Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico- quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos (2,134,102,542) / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico (2,299,433,799.67) = 0.93	≥0,80	_Informe y plataforma bionexo	_Compras de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos adquiridos por la plataforma bionexo	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario Suministros	Comité de Contratación	CUMPLIMIENTO: 0.93 ≥ 0.80	Se cumple la meta del indicador. A 30 de junio de 2017 se ha garantizado que el 93% de las compras de medicamentos y de insumos médico quirúrgicos se realicen por mecanismos electrónicos.
ACTIVIDADES	PHVA									

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020

Mejorar continuamente los procesos de direccionamiento, gerencia, atención al cliente asistencial y de apoyo administrativo, mediante la implementación de procesos de mejoramiento de la calidad y asumiendo los resultados de autoevaluaciones periódicas.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES	
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
5.1	Ejecutar los procesos de compras de medicamentos y de insumos médico quirúrgicos a través de mecanismos electrónicos.	HACER	INDICADOR: PORCENTAJE DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DE INSUMOS MÉDICO - QUIRÚRGICOS POR MECANISMOS ELECTRONICOS: Valor de adquisiciones de medicamentos y de insumos médico quirúrgicos por mecanismos electrónicos (2,134,102,542) / Valor total de adquisiciones (2,299,433,799.67) x = 93 %	90%	_Reportes de la plataforma bionexo para la ejecución de la compra.	Realizar compras electrónicas mínimo del 90% del total de las compras, para medicamentos e insumos medico quirúrgicos.	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario Suministros	CUMPLIMIENTO	S.O
5.2	Adelantar el seguimiento a la ejecución de las compras a través de mecanismos electrónicos y consolidar los informes periódicos (Semestral y Anual consolidado).	VERIFICAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Informe de seguimiento a la ejecución _Semestral _Anual consolidado	2	_Comunicaciones oficiales, actas e Informes.	Contar con informes de seguimiento que permitan analizar las desviaciones y tomar decisiones para el mejoramiento.	JULIO	DICIEMBRE	Profesional Universitario Suministros	NO APLICA	S.O
5.3	Formular e implementar acciones de mejora cuando se presenten tendencias a corregir las desviaciones identificadas.	ACTUAR	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: (Acciones de mejora ejecutadas / acciones de mejora formuladas) x 100.	90%	_Documento Plan de Mejoramiento suscrito. _Actas, registros y comunicaciones oficiales.	Cumplir con el 90% de las acciones establecidas en el Plan de mejoramiento.	JULIO	DICIEMBRE	Profesional Universitario Suministros Equipo directivo y asesor	NO APLICA	S.O
OBJETIVOS ESPECÍFICO											
6	MANTENER EL 85% DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE PROVEEDORES.		INDICADOR: PORCENTAJE DE PROVEEDORES SATISFECHOS: (Número de proveedores encuestados con respuesta positiva / Total de proveedores encuestados) x 100	90%	_Encuestas tramitadas _Resultado consolidado	Mantener el 85% de satisfacción global de proveedores.	JULIO	DICIEMBRE	Profesional Universitario Suministros Equipo directivo y asesor	NO APLICA	
ACTIVIDADES											
6.1	Revisar la encuesta del año 2016 para obtener información de la satisfacción de los proveedores en sus relaciones con Pasto Salud ESE, ajustar en caso de ser necesario.	PLANEAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Encuesta para medición de satisfacción de proveedores, revisado y avalado para su aplicación.	1 Formato de encuesta	_Acta e instructivos de diligenciamiento.	Encuesta para medición de satisfacción de proveedores.	ABRIL	ABRIL	Secretaría General - Suministros - Oficina Asesora Jurídica.	CUMPLIMIENTO	S.O
6.2	Aplicar la encuesta que permita establecer el nivel de satisfacción de los proveedores y consolidar datos e informe de resultados.	HACER	INDICADOR DE RESULTADO: Nivel de satisfacción de los proveedores.	1 Informe	_Informe de resultado de la encuesta.	Contar con datos e información sobre la percepción y satisfacción de los proveedores.	MAYO	JULIO	Secretaría General - Suministros Oficina Asesora Jurídica.	NO APLICA	S.O
6.3	Socializar al personal directivo y asesor de la entidad los resultados obtenidos en la medición de satisfacción de proveedores, para identificar las desviaciones y posibles no conformidades.	VERIFICAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Despliegue al personal directivo y asesor.	1 despliegue	_Registro de asistencia _Acta _Comunicación oficial.	Contar con un documento de análisis validado del nivel de satisfacción.	AGOSTO	AGOSTO	Secretaría General - Suministros Oficina - Asesora Jurídica Equipo directivo y asesor	NO APLICA	S.O

		PLAN OPERATIVO ANUAL MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS				VIGENCIA		PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			
						I SEMESTRE DE 2017					
ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020		Mejorar continuamente los procesos de direccionamiento, gerencia, atención al cliente asistencial y de apoyo administrativo, mediante la implementación de procesos de mejoramiento de la calidad y asumiendo los resultados de autoevaluaciones periódicas.									
OBJETIVO ESPECÍFICO		DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES
						INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
6.4	Formular e implementar acciones de mejora cuando se presenten, tendientes a corregir las desviaciones identificadas.	ACTUAR INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: (Acciones de mejora ejecutadas / acciones de mejora formuladas) x 100.	90%	_Documento Plan de Mejoramiento suscrito. _Actas, registros y comunicaciones oficiales.	Cumplir con el 90% de las acciones establecidas en el Plan de mejoramiento.	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE	Secretaría General - Suministros - Oficina Asesora Jurídica		NO APLICA	S.O
OBJETIVO ESPECÍFICO											
7	AUMENTAR EN UN 10% ANUAL LA SATISFACCIÓN DEL PROVEEDOR RESPECTO EN LA OPORTUNIDAD DEL PAGO, PARTIENDO DE UNA LINEA BASE DEL 41%	INDICADOR: PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DEL PROVEEDOR RESPECTO A LA OPORTUNIDAD DEL PAGO: (Número de proveedores con respuesta positiva / Número total de proveedores encuestados) x 100	51%	_Informe de resultado de la encuesta.	_Incremento del 10% en la satisfacción de los proveedores respecto al pago.	JULIO	DICIEMBRE	Subgerencia Financiera y Comercial.		NO APLICA	S.O
ACTIVIDADES		PHVA									
7.1	Diseñar un formato de hoja de ruta para el pago con el propósito de llevar el registro del tiempo de trámite de la cuenta en cada área de la Subgerencia Financiera y Comercial.	PLANEAR INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Hoja de ruta para pago, revisada y avalada para su aplicación.	1 Formato	Formato de hoja de ruta establecido, código GF - RPP	Se cuenta con un formato de hoja de ruta para el control de oportunidad a las cuentas por pagar.	ABRIL	MAYO	Suministros - Planeación - Subgerencia Financiera		CUMPLIMIENTO	S.O
7.2	Implementar el formato de hoja de ruta para pago. Consolidar datos e informe de resultados.	HACER INDICADOR OPORTUNIDAD EN EL PAGO: (Cuentas Pagadas dentro del plazo acordado / Cuentas Radicadas) x 100	50%	_Formato de hoja de ruta para pago diligenciado. _Comprobante de egreso.	Pago oportuno.	JUNIO	DICIEMBRE	Subgerencia Financiera - Supervisores de Contratos		NO APLICA	S.O
7.3	Socializar al personal directivo y asesor los resultados obtenidos en la implementación de la hoja de ruta para pago.	VERIFICAR INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Informe de socialización y análisis de resultados.	1 Informe	Informes, comunicaciones oficiales, actas	Contar con espacios de análisis conjunto que permita formular las acciones de mejora	DICIEMBRE	DICIEMBRE	Subgerencia Financiera	Equipo directivo y asesor	NO APLICA	S.O
7.4	Formular e implementar acciones de mejora cuando se presenten, tendientes a corregir las desviaciones identificadas.	ACTUAR INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: (Acciones de mejora ejecutadas / acciones de mejora formuladas) x100.	90%	_Documento Plan de Mejoramiento suscrito. _Actas, registros y comunicaciones oficiales.	Cumplir con el 90% de las acciones establecidas en el Plan de mejoramiento.	DICIEMBRE	DICIEMBRE	Subgerencia Financiera y Comercial.	Equipo directivo y asesor	NO APLICA	S.O
OBJETIVO ESPECÍFICO											
8	AVANZAR EN LA IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO DE LA POLITICA Y PROGRAMA DE PRESTACION DE SERVICIOS (Línea de base 70%)	INDICADOR: PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE LA POLITICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:	80	Informe de ejecución anual.	Alcanzar la implementación del programa de prestación de servicios en el 80% y	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Especializado en Calidad	Subgerencia de Salud e Investigación y Directores	NO APLICA	No se reportó información del avance en la implementación y seguimiento de la política y programa de prestación de servicios.
ACTIVIDADES		PHVA									

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020**

Mejorar continuamente los procesos de direccionamiento, gerencia, atención al cliente asistencial y de apoyo administrativo, mediante la implementación de procesos de mejoramiento de la calidad y asumiendo los resultados de autoevaluaciones periódicas.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO				
8.1	Revisar y actualizar el programa de la política de prestación de servicios con relación a RIAS (Rutas Integrales de Atención en Salud) y MIAS (Modelo Integral de Atención en Salud)	PLANEAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO Programa actualizado.	1	Programa aprobado mediante Acta No. 8 del 11 de Julio de 2017 del Comité de Control Interno y Mejoramiento Institucional.	Programa actualizado integrando RIAS y MIAS.	MAYO	MAYO	Profesional Especializado en Calidad	Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos	OPORTUNIDAD DE MEJORA	Durante el mes de mayo de 2017 se comenzó a diseñar las actividades del Programa de la Política de Prestación de Servicios, enfocada en 3 objetivos específicos (Mejorar el acceso a los servicios de salud, mejorar la calidad de la atención en salud, generar eficiencia en la prestación de servicios de salud). El día 27 de Junio de 2017, se envió el Programa a los integrantes del Comité de Control Interno y mejoramiento Institucional para revisión con posterior aprobación. La actividad se realizó fuera del tiempo establecido.
8.2	Desplegar el programa de la Política de Prestación de Servicios al personal de Pasto Salud ESE.	HACER	INDICADOR: PORCENTAJE DE DESPLIEGUE DEL PROGRAMA (Número de personas a quien se desplegó el programa / Población objetivo) x 100	80	Actas y registros de asistencia	Conocimiento a mas del 80% del personal misional con respecto al programa de la política de prestación de servicios.	JUNIO	JULIO	Profesional Especializado en Calidad	Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos	NO APLICA	S.O
8.3	Operativizar las actividades incluidas en el programa de la política de Prestación de Servicios de Salud	HACER	INDICADOR: PORCENTAJE DE AVANCE EN LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE LA POLITICA:	80	Informe de ejecución.	Alcanzar la implementación del programa de prestación de servicios en el 80%	AGOSTO	OCTUBRE	Profesional Especializado en Calidad	Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos	NO APLICA	S.O
8.4	Evaluar el cumplimiento de las actividades contempladas en el programa de la política de Prestación de Servicios	VERIFICAR	(Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas) x 100				NO APLICA	S.O				
8.5	Establecer acciones de mejora frente a las brechas encontradas	ACTUAR	Plan de mejoramiento aprobado.	1	Documento suscrito.	Plan de mejoramiento Formulado y aprobado coteniendo las actividades no cumplidas.	DICIEMBRE	DICIEMBRE	Profesional Especializado en Calidad	Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos	NO APLICA	S.O
9	AVANZAR EN LA IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO DE LA POLITICA Y PROGRAMA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (Línea de base 85%)		INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: (Número de indicadores del continuo de atención y paquetes instruccionales cumplidos / número total de indicadores) x 100	87.5	_Informe de ejecución anual. _Indicadores del continuo de atención y paquetes instruccionales	Alcanzar la implementación del programa de calidad y seguridad del paciente en el 87.5%	ABRIL	DICIEMBRE	Profesional Especializado en Calidad y Director Operativo Red Norte	Subgerencia de Salud e Investigación, Directores Operativos, enfermeras líderes de Red y equipos primarios	NO APLICA	No se reportó información del avance en la implementación y seguimiento de la política y programa de calidad y seguridad del paciente.
ACTIVIDADES		PHVA										

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020

Mejorar continuamente los procesos de direccionamiento, gerencia, atención al cliente asistencial y de apoyo administrativo, mediante la implementación de procesos de mejoramiento de la calidad y asumiendo los resultados de autoevaluaciones periódicas.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
9.1 Ajustar los indicadores del continuo de atención y paquetes instruccionales	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Acta de ajuste.	1	<u>Acta No. 2 de 28 de abril de 2017</u> y Acta No. 3 de Junio de 2017 del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.	Se ajusto y aprobó nuevos ajustes a indicadores del continuo de atención y paquetes instruccionales a través del Comité de Calidad y Seguridad del paciente.	ABRIL	ABRIL	Profesional Especializado en Calidad y Director Operativo Red Norte	Subgerencia de Salud e Investigación, Directores Operativos y enfermeras líderes de Red.	CUMPLIMIENTO	En el mes de Abril del presente año se realizó revisión, ajuste y aprobación de indicadores del continuo de atención y paquetes instruccionales. Durante el mes de Mayo y Junio de 2017 se realizó 3 reuniones con las Enfermeras de Red y el acompañamiento del Profesional Universitario de la Oficina asesora de Planeación con el fin de revisar y ajustar los indicadores del continuo de atención y paquetes instruccionales. El Comité de Calidad y seguridad del paciente aprobó cambios mediante acta No. 3 de Junio de 2017.
9.2 Implementar los indicadores del continuo de atención y paquetes instruccionales	INDICADOR: PROPORCIÓN DE INDICADORES CON LA CALIDAD DEL DATO: (Número de indicadores del continuo de atención y paquetes instruccionales con calidad en el dato / Número total de indicadores)	80	Matriz de indicadores mensual	Mejora en la calidad del dato de los indicadores del continuo de atención y paquetes instruccionales	MAYO	JULIO	Profesional Especializado en Calidad y Director Operativo Red Norte	Subgerencia de Salud e Investigación, Directores Operativos, enfermeras líderes de Red y equipos primarios	NO APLICA	S.O
9.3 Evaluar la calidad del dato de los indicadores del continuo de atención y paquetes instruccionales del programa de la política de calidad y seguridad del paciente			Informe de auditoría	Mejora en la calidad del dato de los indicadores del continuo de atención y paquetes instruccionales	AGOSTO	AGOSTO	Profesional Especializado en Calidad	Equipo de autoevaluación para el mejoramiento de la calidad.	NO APLICA	S.O
9.4 Desarrollar acciones de mejora frente a las desviaciones presentadas.	Plan de mejoramiento aprobado.	1	Documento suscrito.	Plan de mejoramiento Formulado y aprobado coteniendo las actividades no cumplidas.	SEPTIEMBRE	SEPTIEMBRE	Profesional Especializado en Calidad y Director Operativo Red Norte	Subgerencia de Salud e Investigación, Directores Operativos, enfermeras líderes de Red y equipos primarios	NO APLICA	S.O
OBJETIVO ESPECÍFICO										
10	AVANZAR EN LA IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO DE LA POLITICA Y PROGRAMA DE ATENCION HUMANIZADA. (Linea de base 25%)	40	Informe anual de implementación del programa de atención humanizada.	Alcanzar la implementación del programa de atención humanizada en el 40% y realizar seguimiento	FEBRERO	DICIEMBRE	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad y Subgerencia de Salud e Investigación.	NO APLICA	S.O
ACTIVIDADES										PHVA

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020

Mejorar continuamente los procesos de direccionamiento, gerencia, atención al cliente asistencial y de apoyo administrativo, mediante la implementación de procesos de mejoramiento de la calidad y asumiendo los resultados de autoevaluaciones periódicas.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO				
10.1	Revisar y ajustar el programa de la política de Humanización.	PLANEAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Programa de la política de humanización ajustado y aprobado	1	Documento suscrito y aprobado mediante <u>acta No. 001 del día 15 de marzo de 2017.</u>	Programa aprobado.	FEBRERO	ABRIL	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad y Subgerencia de Salud e Investigación.	CUMPLIMIENTO	No se presenta acto administrativo o comunicación oficial de la fecha en la cual el programa de humanización fue ajustado y aprobado.
10.2	Desplegar la política y el programa de Atención Humanizada.	HACER	INDICADOR: PORCENTAJE DE DESPLIEGUE DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN HUMANIZADA Número de personas que participan en el despliegue (505) / Población objetivo (565) x 100 = <u>89.4%</u>	85%	Registro de asistencia	Conocimiento del programa de la política de atención humanizada a todo el personal de Pasto Salud ESE	ABRIL	MAYO	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad y Subgerencia de Salud e Investigación.	CUMPLIMIENTO	El despliegue se realizó en todas las sedes de la Empresa, el indicador que se presenta corresponde al acumulado.
10.3	Implementar el programa de la política de atención humanizada.	HACER	INDICADOR: PORCENTAJE DE AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN HUMANIZADA (Número de actividades implementadas del programa / Total actividades programadas) x 100	40%	Informe de implementación del programa de atención humanizada.	Programa de la política de atención humanizada implementada en un 40%	MAYO	DICIEMBRE	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad y Subgerencia de Salud e Investigación.	NO APLICA	S.O
10.4	Realizar el seguimiento a la implementación del programa de la política de atención humanizada.	VERIFICAR	(Número de actividades implementadas del programa / Total actividades programadas) x 100		Informe de implementación del programa de atención humanizada.	Programa de la política de atención humanizada implementada en un 40%	SEPTIEMBRE	SEPTIEMBRE	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad y Subgerencia de Salud e Investigación.	NO APLICA	S.O
10.5	Formular e implementar acciones de mejoramiento frente a las desviaciones presentadas (si se presentan).	ACTUAR	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO (Número de acciones de mejora realizadas / Número de acciones de mejora programadas) x 100	90%	Informe de cumplimiento del Plan de Mejoramiento	Plan de mejoramiento suscrito e implementado en 90%	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE	Dirección Operativa Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad y Subgerencia de Salud e Investigación.	NO APLICA	S.O
OBJETIVO ESPECÍFICO												
11	AVANZAR EN LA IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO DE LA POLITICA Y PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO (Línea de base 20%)		INDICADOR: PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO (Número de actividades implementadas del programa / Total actividades programadas) x 100	40	Informe anual de implementación del programa de Gestión del Riesgo.	Alcanzar la implementación del programa de gestión del riesgo en el 40%	ENERO	DICIEMBRE	Jefe de control interno	Líderes de proceso	NO APLICA	El programa Gestión del Riesgo se encuentra en construcción.
ACTIVIDADES												
11.1	Validación de los mapas de riesgos por parte de los líderes	PLANEAR										A 30 de junio de 2017 se han actualizado los siguientes mapas de riesgos: _Mapa de riesgos del macroproceso atención a usuarios y

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020

Mejorar continuamente los procesos de direccionamiento, gerencia, atención al cliente asistencial y de apoyo administrativo, mediante la implementación de procesos de mejoramiento de la calidad y asumiendo los resultados de autoevaluaciones periódicas.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
11.2	Aprobación de mapa de riesgos por proceso ajustado o modificado (Formulando acciones orientadas a evitar, mitigar o eliminar los riesgos identificados) y emitir el mapa de riesgo institucional (Con resultado IPR => 35)	1	Acto administrativo	Mapas de riesgos validados	ABRIL	MAYO	Jefe de control interno	Jefe de control Interno, Gerencia y líderes de procesos.	OPORTUNIDAD DE MEJORA	participación comunitaria. _Mapa de riesgos del macroproceso mejoramiento de la calidad _Mapa de riesgos del proceso Gestión de la tecnología del macroproceso soporte administrativo _Mapa de Riesgos del proceso Gerencia del talento humano del macroproceso soporte administrativo. Se encuentra en construcción el mapa de riesgos del macroproceso atención al cliente asistencial. <u>Se encuentran validados los mapa de riesgos de los procesos Gestión Jurídica, Gerencia del Ambiente físico, Gestión Documental y Gerencia de la información del macroproceso Soporte Administrativo. Y, El proceso direccionamiento estratégico y Gerencia Financiera del macroproceso Direccionamiento y Gerencia.</u>
11.3	Evaluar la eficacia y el impacto de las acciones implementadas mediante auditoría a los controles establecidos en el mapa de riesgo institucional	80	Informe de auditoría firmado	Reducir y prevenir los riesgos identificados	JUNIO	NOVIEMBRE	Jefe de control interno	Oficina de Control Interno	NO APLICA	S.O
11.4	Establecer acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas	1	Plan de Mejoramiento suscrito	Contar con un Plan de mejoramiento que ayude a mejorar la eficacia de los controles.	JULIO	DICIEMBRE	Jefe de control interno	Lideres de proceso	NO APLICA	S.O
OBJETIVO ESPECÍFICO										
12	GARANTIZAR EL MEJORAMIENTO PAULATINO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS 22 PRESTADORES QUE HACEN PARTE DE LA RED DE SERVICIOS DE PASTO SALUD E.S.E.	100	_Informe ANUAL de ejecución de obras en cada IPS.	A 30 de junio de 2017 se han intervenido en infraestructura 8 IPS'S.	ENERO	DICIEMBRE	Secretaría General	Gerencia, Arquitecto y/o Ingeniero contratista.	NO APLICA	S.O
ACTIVIDADES										
12.1	Implementar el cronograma para la intervención en Infraestructura de los 22 prestadores que hacen parte de la Red de Servicios.	100	_Informe SEMESTRAL de ejecución de obras en cada IPS.	A 30 de junio de 2017 se han intervenido en infraestructura 8 IPS'S.	ENERO	DICIEMBRE	Secretaría General	Gerencia, Arquitecto y/o Ingeniero contratista.	OPORTUNIDAD DE MEJORA: 36.36% menor que 100%	A primer semestre de 2017 no se cumple la meta del indicador cuyo resultado es 36.36% menor al 50% (semestral).
12.2	Realizar seguimiento a la ejecución al cronograma de intervención en Infraestructura de los 22 IPS's del PMH.				JULIO					

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020**

Mejorar continuamente los procesos de direccionamiento, gerencia, atención al cliente asistencial y de apoyo administrativo, mediante la implementación de procesos de mejoramiento de la calidad y asumiendo los resultados de autoevaluaciones periódicas.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
12.3 Establecer acciones de mejora frente a los no cumplimientos de las actividades establecidas en Infraestructura del Plan de Mantenimiento Hospitalario.	ACTUAR INDICADOR: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: (Acciones de mejora realizadas / Acciones de mejora programadas) x 100	100	Informe de ejecución del Plan de Mejoramiento.	22 IPS'S con intervención en infraestructura de conformidad al cronograma establecido en el Plan de Mantenimiento Hospitalario.	AGOSTO	DICIEMBRE	Secretaría General	Gerencia, Arquitecto y/o Ingeniero contratista.	NO APLICA	S.O

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 2017.

CONSOLIDÓ CON FUNDAMENTO EN INFORMES OFICIALES:	APROBÓ:
SANDRA MILENA VIVEROS SOTTO Jefe Oficina Asesora de Planeación	ANA BELÉN ARTEAGA TORRES Gerente

CUMPLIMIENTO	9
OPORTUNIDAD DE MEJORA	5
TOTAL METAS I SEMESTRE 2017	14
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	64.3

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020

Mejorar la satisfacción y lealtad de la población usuaria, a través de procesos institucionales que respondan a sus necesidades y expectativas.

OBJETIVO ESPECIFICO 1	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO				
1.	MANTENER EL INDICE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO MAYOR O IGUAL AL 90% EN CADA VIGENCIA.	90	_Comunicación oficial e informe mediante la cual se da a conocer la satisfacción de usuarios en la vigencia 2017	Satisfacción de Usuarios.	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Auxiliar SIAU sede administrativa y Redes, Directores Operativos y Subgerencia Salud.	NO APLICA	S.O		
ACTIVIDADES												
	PHVA											
1.1	Generar el resultado final de satisfacción de la vigencia 2016 para determinar viabilidad de meta para la vigencia 2017 (Enero).	PLANEAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Informe final de satisfacción de Usuarios 2016.	1	Oficio 534-00526 del 18 de Enero 2017	Se cuenta con un informe de resultado de satisfacción de usuarios de la vigencia 2016.	ENERO	FEBRERO	Profesional Universitario SIAU	Auxiliar SIAU sede administrativa y Redes Directores Operativos y Subgerencia Salud.	CUMPLIMIENTO	Número de Usuarios Satisfechos:(1.444) / Número de Usuarios encuestados: (1571) x 100 = 92% <u>de Satisfacción 2016</u>
1.2	Desplegar los resultados de satisfacción de usuarios de la vigencia 2016 <u>al equipo de SIAU de la red de prestadores, a las 21 asociaciones de usuarios y unidades primarias</u>	PLANEAR	INDICADOR: <u>COBERTURA DE DESPLIEGUE:</u> Número de personas participes del despliegue (por grupo) (49) / Población objetivo (128) x 100 = 38.3%	80	_Oficio 534 - 28637 marzo-2017- _Oficio 534 - 02897 de 9 de marzo 2017 _Lista de asistencia _Acta	49 asistentes (funcionarios SIAU y representantes de asociaciones de usuarios) al despliegue de los resultados alcanzados en el año 2016.	FEBRERO	ABRIL	Profesional Universitario SIAU Subgerente de Salud e Investigación Directores Operativos de Red	Auxiliar SIAU sede administrativa y Redes Directores Operativos y Subgerencia Salud.	OPORTUNIDAD DE MEJORA	Personal SIAU = 8/11 : <u>72.7%</u> Usuarios = 29/105 : <u>27.6%</u> Unidades Primarias = 12/12 : <u>100%</u> Total = 49 / 128 = 38.3%
1.3	Realizar la medición trimestral de satisfacción de usuarios de la vigencia	HACER	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO INFORMES DE SATISFACCIÓN TRIMESTRAL GENERADOS Número de informes presentados (2) / Número total de informes que se deben presentar en la vigencia (4) x 100 = 50%	100	_Oficio 534 - 9253 del 25 de julio 2017.	Se cuenta con el resultado del nivel de satisfacción del I semestre de 2017.	ABRIL	Diciembre *(Nota)	Profesional Universitario SIAU	Auxiliar SIAU sede administrativa y Redes Directores Operativos y Subgerencia Salud.	CUMPLIMIENTO	El nivel de satisfacción a I semestre de 2017 fue el 85.4%. El resultado obtenido fue calculado con base en la pregunta: *Como calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS*: _MUY BUENA _BUENA _REGULAR _MALA _MUY MALA _NO RESPONDE De la cual se toman como respuestas satisfactorias frente al servicio prestado los items: MUY BUENA y BUENA.

PLAN OPERATIVO ANUAL
USUARIOS Y GRUPOS DE INTERÉS

VIGENCIA
I SEMESTRE DE 2017

PROCESO DIRECCIONAMIENTO
ESTRATÉGICO

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020

Mejorar la satisfacción y lealtad de la población usuaria, a través de procesos institucionales que respondan a sus necesidades y expectativas.

OBJETIVO ESPECIFICO 1	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO				
1.4	Generar el resultado de PQSF trimestral.	HACER	INDICADOR: INFORME TRIMESTRAL DE PQSF Número de informes presentados (2) / Número total de informes que se deben presentar en la vigencia (4) x 100 = 25%	100	_Oficio 534-6853- 8 de junio 2017 (I trimestre) _Oficio 534-9328 de julio 27 2017 (II trimestre)	Informe trimestral de PQSF presentado a Subgerencia de Salud e Investigación, para fundamentar la toma desiciones de acuerdo a las causas de PQSF	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Auxiliar SIAU sede administrativa y Redes Directores Operativos y Subgerencia Salud.	CUMPLIMIENTO	Se presenta resultados correspondiente al I y II trimestre del año 2017.
1.5	Tramitar oportunamente las PQSF verbales o escritas presentadas en el trimestre.	VERIFICAR	INDICADOR: PORCENTAJE DE PQSF TRAMITADAS EN EL TRIMESTRE. Número de PQSF Tramitadas oportunamente (77) / Número de PQSF presentadas en el trimestre(77) x 100 = 100%	100	Oficios de respuesta a los usuarios q ue presentaron las PQSF.	Listado de respuestas de insatisfaccion de usuarios del I trimestre del año 2017.	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Auxiliar SIAU sede administrativa y Redes Directores Operativos y Subgerencia Salud.	OPORTUNIDAD DE MEJORA	No se presenta el informe de PQSF correspondiente al II trimestre por cuanto hasta la fecha de 14 de julio no se remitieron los resultados consolidados de PQSF de las IPS de Tamasagra (junio), Catambuco(junio), y Gualmatán (mayo y junio).
1.5	Definir Oportunidades de mejora si existen desviaciones enfocadas al cumplimiento de las metas.	ACTUAR	INDICADOR PORCENTAJE DE ACCIONES DE MEJORA REALIZADAS (Número de acciones de mejora realizadas / Número de acciones de mejora programadas) x 100	90	_Plan de mejoramiento suscrito _Informe de ejecuciòn del Plan de mejoramiento	Mantener y mejorar el 90% de satisfacción de usuarios. Alcanzar el 100% de PQSF tramitadas oportunamente.	JULIO	DICIEMBRE	Directores Operativos.	Profesional Universitario SIAU y Subgerencia de Salud e Investigación.	NO APLICA	
OBJETIVO ESPECIFICO 2												
2.	GENERAR PROCESOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LOS ASPECTOS DE PLANIFICACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PHVA	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Número de reuniones realizadas.	4	_Actas	Realizar 4 reuniones con las asociaciones de usuarios como parte de los procesos de participación comunitaria.	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Auxiliares SIAU, Directores Operativos y Subgerencia Salud e Investigación.	NO APLICA	Se ha realizado 1 reunión de las asociaciones de usuarios como parte de los procesos comunitarios.
			INDICADOR PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE INTEGRANTES DE LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS : Número de asistentes a la reunión (29) / Población objetivo (105) x 100 = 27.6%	80	_Registro de invitación _Registro de asistencia	El 80% de los usuarios participan en las reuniones como parte del proceso de participación comunitaria					NO APLICA	Nivel de participación de las asociaciones de usuarios del 27.6%
ACTIVIDADES												
2.1	Conformar o renovar Asociaciones de usuarios según el vencimiento de periodos.	PLANEAR	INDICADOR PORCENTAJE DE ASOCIACIONES DE USUARIOS RENOVAADAS Número de asociaciones de usuarios conformadas y vigentes (4) / Número de IPS (10) x 100 = 40%	100	Actas de conformacion:Civil 3 de abril-2017, Laguna 30 de mayo-2017 - Lorenzo 1 junio-2017 - Gualmatán 14 de junio-2017	Contar con asociaciones de usuarios conformadas y vigentes.	FEBRERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Auxiliares SIAU.	NO APLICA	Por motivos de incapacidad medica no se realizó la conformación de las asociaciones de usuarios a quienes se les venció el periodo hasta el mes de junio, siendo las asociaciones de usuarios de san Vicente, Genoy, Pandiaco, Primero de Mayo , Mapachico y Morasurco.

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020

Mejorar la satisfacción y lealtad de la población usuaria, a través de procesos institucionales que respondan a sus necesidades y expectativas.

OBJETIVO ESPECIFICO 1	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO				
2.2	Concertar y documentar el plan de trabajo que incluye reuniones y temáticas a tratar en la vigencia 2017.	HACER	INDICADOR <u>PLANES DE TRABAJO CONCERTADOS</u> Número de asociaciones de usuarios con plan de trabajo concertado (21) / Número de Asociaciones vigentes (21) x 100 = 100%	100	_Plan de trabajo concertado.	Plan de trabajo suscrito por cada Asociación de Usuarios.	ENERO	JUNIO	Profesional Universitario SIAU	Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos.	CUMPLIMIENTO	S.O
2.3	Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de trabajo de cada asociación de usuarios.	VERIFICAR	INDICADOR <u>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO</u> (Número de actividades cumplidas del plan de trabajo / Número de actividades programadas) x 100	90	_Informe de seguimiento a ejecución de acciones contenidas en el plan de trabajo. _Comunicación oficial de seguimiento	Contar con informe de cumplimiento de acciones establecidas en el plan trabajo de las asociaciones de usuarios.	JULIO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Auxiliares SIAU, Directores Operativos y Subgerencia de Salud e Investigación.	NO APLICA	S.O
2.4	Formular e implementar acciones de mejora cuando existan desviaciones.	ACTUAR	INDICADOR <u>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORA</u> (Número de acciones de mejora cumplidas / Número de acciones de mejora formuladas) x 100	90	_Plan de mejora formulado _Informe de seguimiento.	Lograr las metas propuestas en cada Plan de trabajo con las asociaciones de usuarios.	AGOSTO	DICIEMBRE *(Nota)	Directores Operativos en cada Red.	Profesional universitario SIAU, Directores Operativos y Subgerencia de Salud e Investigación.	NO APLICA	S.O
OBJETIVO ESPECÍFICO 3												
3	GARANTIZAR EN LAS 22 IPS, UNA OFERTA DE SERVICIOS ACORDE CON LA DEMANDA Y CON EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN.		INDICADOR: PORCENTAJE DE ATENCIONES POR PRESTADOR ANUAL: (Número de atenciones realizadas en el semestre por cada IPS / Número de atenciones programadas en el periodo) x 100	100	_Informe anual del Plan de Ventas.	Cumplir con el 100% de las atenciones programadas del Plan de Ventas.	ENERO	DICIEMBRE	Directores Operativos en cada Red.	Subgerencia de Salud e Investigación.	NO APLICA	S.O
ACTIVIDADES												
3.1	Programar el personal asistencial (médico, odontólogo y enfermera) requerido para garantizar la prestación del servicio de acuerdo a la demanda y al perfil epidemiológico en cada Red e IPS.	PLANEAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Programa establecido	1	_Documento firmado	Contar con la programación del personal asistencial para garantizar la prestación del servicio acorde al perfil epidemiológico.	ENERO	ENERO	Directores Operativos en cada Red.	Subgerencia de Salud e Investigación.	CUMPLIMIENTO	S.O
3.2	Implementar la programación de atenciones a la población usuaria de los servicios en concordancia al Plan de Ventas establecido.	HACER	INDICADOR: PORCENTAJE DE ATENCIONES POR PRESTADOR EN EL PRIMER SEMESTRE DE LA VIGENCIA:	100	Informe de avance del Plan de Ventas	Cumplir con el 100% de las atenciones programadas en el primer semestre del Plan de Ventas.	JULIO	JULIO	Directores Operativos en cada Red.	Subgerencia de Salud e Investigación.	NO APLICA	S.O

**PLAN OPERATIVO ANUAL
USUARIOS Y GRUPOS DE INTERÉS**

**VIGENCIA
I SEMESTRE DE 2017**

**PROCESO DIRECCIONAMIENTO
ESTRATÉGICO**

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020**

Mejorar la satisfacción y lealtad de la población usuaria, a través de procesos institucionales que respondan a sus necesidades y expectativas.

OBJETIVO ESPECIFICO 1	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
3.3 Realizar seguimiento y evaluación de la programación, comparando el número de atenciones realizadas por médico, odontólogo y enfermera según sea el caso, con lo planeado.	VERIFICAR (Número de atenciones realizadas en el semestre por cada IPS / Número de atenciones programadas en el periodo) x 100	100	Informe de avance del Plan de Ventas	Cumplir con el 100% de las atenciones programadas en el primer semestre del Plan de Ventas.	JULIO	JULIO	Directores Operativos en cada Red.	Subgerencia de Salud e Investigación.	NO APLICA	S.O
3.4 Tomar medidas tendientes a garantizar el cumplimiento de las metas de conformidad a la demanda y al perfil epidemiológico presentado en cada Red e IPS.	ACTUAR Plan de mejoramiento.	1	Documento firmado.	Oferta de servicios en las IPS ajustada a la demanda y perfil epidemiológico.	AGOSTO	AGOSTO	Directores Operativos en cada Red.	Subgerencia de Salud e Investigación.	NO APLICA	S.O

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 2017.

CONSOLIDÓ CON FUNDAMENTO EN INFORMES OFICIALES:

APROBÓ:

SANDRA MILENA VIVEROS SOTTO
Jefe Oficina Asesora de Planeación


ANA BELÉN ARTEAGA TORRES
Gerente

CUMPLIMIENTO	5
OPORTUNIDAD DE MEJORA	2
TOTAL METAS I SEMESTRE DE 2017	7
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	71.4


**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020**

Generar auto sostenibilidad financiera en la organización, dando cumplimiento a los compromisos establecidos en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero maximizando la productividad y garantizando el uso eficiente de los recursos.

OBJETIVO ESPECIFICO 1	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES	
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
1	GENERAR EQUILIBRIO PRESUPUESTAL ENTRE EL GASTO COMPROMETIDO Y EL RECAUDO EFECTIVO.	INDICADOR EQUILIBRIO PRESUPUESTAL: (Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores <u>(27.932.166.070)</u> / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores <u>(32.539.170.308)</u> = 0.86	1.02	Ejecución presupuestal anual.	Resultado del equilibrio presupuestal $\geq 1,02$	ENERO	DICIEMBRE	Subgerente Financiero y Comercial	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias.	OPORTUNIDAD DE MEJORA	No se presenta equilibrio presupuestal a 30 de junio de 2017. El resultado del equilibrio presupuestal a 30 de junio de 2017 fue del 0.86 menor a la meta establecida de 1.02 , teniendo en cuenta que se tienen comprometidos recursos financieros de diferentes rubros superiores al semestre de análisis.
1	LOGRAR UNA UTILIDAD NETA DEL 5% EN EL PERIODO DE GESTIÓN.	INDICADOR: MARGEN OPERACIONAL DE UTILIDAD: Utilidad operacional en el periodo <u>(2.523.492.138)</u> / Ingresos por venta de servicios en el periodo <u>(17.393.398.736)</u> = 0.15	0	Estado de resultados a 17 de junio de 2017.	Alcanzar equilibrio en el estado de resultados	ENERO	DICIEMBRE	Subgerencia Financiero y Comercial	Profesional universitario contabilidad	CUMPLIMIENTO	El margen operacional de utilidad a junio de 2017 fue de 15% mayor a la meta. En el mismo periodo del año 2016 se presentó un margen operacional de utilidad de - 4.1% . Lo anterior significa que a primer semestre del año 2016 por cada peso vendido se reportaron 4.1 centavos de pérdida operacional, en el I semestre del año 2017 por cada peso vendido se reportó una utilidad operacional de 15 centavos.
ACTIVIDADES											
1.1	Actualizar mensualmente el estado de cartera por cada entidad responsable de pago que permita determinar los montos y plazos adeudados por cada uno.	PHVA HACER INDICADOR: PROPORCIÓN DE ERP CON PAGO ACTUALIZADO: ERP con estado de cartera actualizado <u>(105)</u> / Total de ERP que nos adeudan pagos <u>(105)</u> x 100 = 100% ERP: Entidad responsable de pago	100	_Informe Mensual de _Cartera por edades. _Saldos por Nit _Informe Mensual de Ingresos	Se cuenta con el listado de deudores actualizado de manera mensual	ENERO	DICIEMBRE	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesional Universitaria Cartera y auxiliar administrativo.	CUMPLIMIENTO	S.O
1.2	Adelantar permanentemente la conciliación de saldos de cartera, presupuesto, contabilidad, tesorería y facturación, para garantizar la consistencia de la información.	HACER INDICADOR: PORCENTAJE DE CONCILIACIONES REALIZADAS: Número de conciliaciones realizadas <u>(6)</u> / total de conciliaciones programadas <u>(6)</u> x 100 = 100%	100	Informe mensual de cartera, reporte de saldos por Nit, actas de conciliación, Informe de Ingresos mensuales ,registrado en sistemas.	Saldos conciliados entre las dependencias en el sistema de información. (Saldos conciliados corresponde a igualdad de valores registrados en las áreas)	ENERO	DICIEMBRE	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesionales Universitarias de cartera, presupuesto, contabilidad, tesorería y facturación	CUMPLIMIENTO	S.O
1.3	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).	HACER INDICADOR: ROTACIÓN DE CARTERA: Ingresos promedio por venta de servicios en el periodo <u>(6.270.729.201)</u> / Cuentas por cobrar promedio del periodo <u>(9.434.521.671)</u> = 1.72 180/1.72 = 105 días	Menor o igual a 150 días	Informes de cartera, oficios de circularización de saldos a las ERP, actas de conciliación con las ERP	Disminuir la rotación de cartera que permita disponer de un mejor flujo de recursos	ENERO	DICIEMBRE	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesional Universitaria Cartera y auxiliar administrativo.	CUMPLIMIENTO: 105 MENOR QUE 150	Este indicador significa que a 30 de junio de 2017 la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE tarda 105 días en recuperar su cartera, es decir que la totalidad de cartera se convierte en efectivo en promedio cada 105 días.

		PLAN OPERATIVO ANUAL PERSPECTIVA FINANCIERA				VIGENCIA I SEMESTRE DE 2017		PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				
ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020		Generar auto sostenibilidad financiera en la organización, dando cumplimiento a los compromisos establecidos en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero maximizando la productividad y garantizando el uso eficiente de los recursos.										
OBJETIVO ESPECIFICO 1		DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES	
						INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
1.5	Generar informes mensuales contables y de ejecución presupuestal que permitan identificar desviaciones e implementar mejoras en la gestión administrativa y financiera.	VERIFICAR INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Informes mensuales firmados y publicados en la página web Institucional	12	_ Documentos Firmados _ Publicaciones en Página web Institucional	Contar con informes financieros analizados por el equipo directivo e implementación de acciones de mejora cuando haya lugar	ENERO	DICIEMBRE	Subgerente Financiero y Comercial	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias.	OPORTUNIDAD DE MEJORA	A 30 de junio de 2017 no se han registrado en la pagina web de Pasto Salud ESE 6 informes correspondiente a las ejecuciones presupuestales y estados financieros. La Subgerencia Financiera y Comercial requirió a la Oficina de sistemas para la publicación de los informes, debido al cambio de página por la imagen Institucional la Oficina de Sistemas se encuentra realizando el proceso de cambio de información.	
1.6		ACTUAR INDICADOR DE Cumplimiento: Documento de acciones de mejora	1	Documento de acciones de mejora suscrito	Acciones de mejoramiento definidas a fin de garantizar el cumplimiento de las metas	JULIO	JULIO	Subgerente Financiero y Comercial	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias.	NO APLICA	S.O	
1.7	Implementar acciones de mejoramiento	ACTUAR INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: (Acciones de mejoramiento desarrolladas / Acciones de mejoramiento programadas) x 100	90	Informe de ejecución del Plan de mejoramiento.	Plan de mejoramiento implementado en un 90%	AGOSTO	DICIEMBRE	Subgerente Financiero y Comercial	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias.	NO APLICA	S.O	
OBJETIVO ESPECIFICO 2												
2	REDUCIR EL NIVEL DE GLOSAS DE LA INSTITUCION EN UN PORCENTAJE DE 1% CADA AÑO	INDICADOR: PORCENTAJE DE DISMINUCIÓN DE LA GLOSA DE LA VIGENCIA: (Porcentaje de la glosa aceptada de la vigencia anterior - Porcentaje de la glosa aceptada de la vigencia actual)	0.5	Informe anual consolidado	Reducir el nivel de glosas en 0.5% en relación a la vigencia anterior	ENERO	DICIEMBRE	Subgerente Financiero y Comercial y Subgerente de Salud e Investigación	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias.	NO APLICA	No se reportó el avance en el indicador "porcentaje de disminución de la glosa de la vigencia".	
ACTIVIDADES		PHVA										
2.1	Formular un procedimiento de retroalimentación para la disminución de glosas en el año 2017.	PLANEAR INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Procedimiento formulado y aprobado de retroalimentación para la disminución de glosas.	1	Procedimiento aprobado mediante resolución 0146 del 21 de abril de 2017.	Se cuenta con el procedimiento "Retroalimentación de glosas" con código RC-PD46, el cual quedó incluido en el Manual de Procesos y Procedimientos de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE e integra el proceso Gerencia Financiera del Macroproceso Direccionamiento y Gerencia.	ABRIL	ABRIL	Profesional Especializado (glosas)	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad	CUMPLIMIENTO	S.O	

		PLAN OPERATIVO ANUAL PERSPECTIVA FINANCIERA				VIGENCIA I SEMESTRE DE 2017		PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				
ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020		Generar auto sostenibilidad financiera en la organización, dando cumplimiento a los compromisos establecidos en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero maximizando la productividad y garantizando el uso eficiente de los recursos.										
OBJETIVO ESPECIFICO 1		DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES	
						INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
2.2	Ejecutar el procedimiento de retroalimentación de glosas para la vigencia 2017, de conformidad con las acciones previstas, que permita al personal involucrado conocer las causales de glosas con el fin de reducir o eliminar la ocurrencia.	HACER	INDICADOR: PROPORCIÓN DEL PERSONAL CON RETROALIMENTACIÓN DE GLOSAS: (Personal con retroalimentación de glosas / Total personal responsable de la glosa) x 100	85	_Acta de retroalimentación y registro de asistencia	El 85% del personal administrativo y de la red de prestadores de servicios de salud tienen conocimiento de las causales de glosas.	MAYO	DICIEMBRE	Profesional Especializado (glosas)	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad	NO APLICA	S.O
2.3	Evaluar las causas de glosas recepcionadas periódicamente frente al procedimiento de retroalimentación.	VERIFICAR	INDICADOR: PROPORCIÓN DE MEJORA EN LA DISMINUCIÓN DE GLOSAS POR LA MISMA CAUSA EN EL PERIODO: (Número de glosas por la misma causa de la vigencia anterior - Número de glosas por la misma causa de la vigencia actual/Número de glosas por la misma causa de la vigencia anterior) x 100	50	Informes de glosas	Contar con la información oficial que permita identificar la trazabilidad en el comportamiento de las causas de las glosas.	JUNIO	DICIEMBRE	Profesional Especializado (glosas)	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad	NO APLICA	S.O
2.4	Definir e implementar acciones de mejora grupales e individuales frente a las causales de glosa.	ACTUAR	INDICADOR: PORCENTAJE DE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS: (Acciones de mejora ejecutadas / acciones de mejora formuladas) x 100	90	Plan de mejoramiento e Informe de acciones de mejora implementadas.	Disminución de las causas de glosas a través de un Plan de Mejoramiento.	JULIO	DICIEMBRE	Profesional Especializado (glosas)	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad	NO APLICA	S.O
OBJETIVO ESPECÍFICO 3												
3	GESTIONAR RECURSOS PARA LA REPOSICIÓN, AMPLIACIÓN Y DOTACIÓN DE LAS IPS LORENZO, EL ENCANO, TAMASAGRA Y HOSPITAL CIVIL.		INDICADOR: PROPORCIÓN DE RECURSOS GESTIONADOS: (Valor de los recursos gestionados para reposición, ampliación y dotación de las IPS´s Lorenzo, El Encano, Tamasagra y Hospital Civil / Valor total para reposición, ampliación y dotación de las IPS´s Lorenzo, El Encano, Tamasagra y Hospital Civil) x 100	Fortalecimiento de la productividad	Informe de gestión de recursos.	Fortalecimiento de la productividad a través de la gestión de recursos orientados a la reposición, ampliación y dotación de determinados prestadores	ENERO	DICIEMBRE	Gerencia.	_Subgerente Financiero y Comercial _Subgerente de Salud e Investigación _Secretario General	NO APLICA	S.O
ACTIVIDADES		PHVA										
3.1	Formular un Plan de gestión de recursos para la reposición, ampliación y dotación de las IPS Lorenzo, El Encano, Tamasagra y hospital Civil	PLANEAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Plan Aprobado	1	Documento firmado	Contar con un Plan de Gestión para el mejoramiento de la Infraestructura hospitalaria.	JUNIO	JUNIO	Gerencia.	_Subgerente Financiero y Comercial _Subgerente de Salud e Investigación _Secretario General	CUMPLIMIENTO	Se cuenta con el PSFF, el cual incluye el mejoramiento de la oferta en infraestructura y dotación de las IPS´s Lorenzo y Hospital Civil. Incluir las IPS´s La Rosa, San Vicente. Se debe quitar las IPS´s El Encano y Tamasagra.

		PLAN OPERATIVO ANUAL PERSPECTIVA FINANCIERA				VIGENCIA		PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			
						I SEMESTRE DE 2017					
ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020		Generar auto sostenibilidad financiera en la organización, dando cumplimiento a los compromisos establecidos en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero maximizando la productividad y garantizando el uso eficiente de los recursos.									
OBJETIVO ESPECIFICO 1		DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES
						INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
3.2	Realizar seguimiento al Plan para la gestión de Recursos.	HACER	80	Informe firmado.	Fortalecimiento de la productividad a través de la gestión de recursos orientados a la reposición, ampliación y dotación de determinados prestadores	NOVIEMBRE	NOVIEMBRE	Gerencia.	_Subgerente Financiero y Comercial _Subgerente de Salud e Investigación _Secretario General	NO APLICA	S.O
3.3	Establecer oportunidades de mejora si existen desviaciones.	VERIFICAR		Plan de mejoramiento aprobado		DICIEMBRE	DICIEMBRE	Gerencia.	_Subgerente Financiero y Comercial _Subgerente de Salud e Investigación _Secretario General	NO APLICA	S.O
OBJETIVO ESPECÍFICO 4											
4	FORTALECER LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Actividades del PMH ejecutadas (4.380) / Total de actividades del PMH programadas (4.547) x 100 = 96.3%									
		100%	_ Informe de actividades del PMH desagradado por componentes	_ A 30 de junio de 2017 el plan de mantenimiento hospitalario presenta un nivel de cumplimiento del 96.3% .	ENERO	DICIEMBRE	Secretaria General	_Arquitecto contratista _Ingeniera Biomédica contratista _Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas	NO APLICA	El resultado obtenido de 96.3% es menor a la meta (100%)	
		INDICADOR: PROPORCIÓN DE RECURSOS DEL PRESUPUESTO DESTINADOS AL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (Recursos para mantenimiento hospitalario ejecutados (345.923.852) / recursos asignados en el presupuesto para mantenimiento hospitalario en el primer semestre (392.635.118) (5% normativo) x 100 = 88.1 %									
		100%	_ Informes periódicos de ejecución del rubro del presupuesto del PMH	_ Ejecución del 100% de los recursos asignados al presupuesto para el PMH.	ENERO	DICIEMBRE	Subgerencia Financiera y Comercial	_Arquitecto contratista _Ingeniera Biomédica contratista _Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas	NO APLICA	A primer semestre del año 2017 se ha ejecutado el 88.1% de los recursos destinados al Plan de Mantenimiento Hospitalario.	
ACTIVIDADES		PHVA									
4.1	Formular el Plan de Mantenimiento Hospitalario, someterlo a revisión y aprobación por el Comité Técnico y entrega al ente departamental.	PLANEAR	1 PMH	_ Documento PMH aprobado	_ Plan de Mantenimiento Hospitalario formulado, aprobado y radicado.	ENERO	ENERO	_Secretaria General _Subgerencia Financiera y Comercial	_Arquitecto contratista _Ingeniera Biomédica contratista _Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas	CUMPLIMIENTO	La resolución mediante la cual se aprobó el Plan de Mantenimiento hospitalario presenta un error en la fecha de aprobación, según la cual fue aprobado el 12 de diciembre de 2017. En realidad la aprobación se dio el 12 de enero de 2017.

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020**

Generar auto sostenibilidad financiera en la organización, dando cumplimiento a los compromisos establecidos en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero maximizando la productividad y garantizando el uso eficiente de los recursos.

OBJETIVO ESPECIFICO 1	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO				
4.2	Ejecutar el Plan de Mantenimiento Hospitalario en todos sus componentes, teniendo en cuenta el cumplimiento de los cronogramas anuales.	HACER	INDICADOR: PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO: (Actividades ejecutadas del Plan de Mantenimiento Hospitalario / actividades programadas del Plan de mantenimiento hospitalario) x 100	100%	_Registros de mantenimiento _Informes de ejecución de mantenimientos	Cumplimiento del 100% de ejecución de actividades del Plan de Mantenimiento Hospitalario	ENERO	DICIEMBRE	Secretaria General	Empresas contratistas del servicio de mantenimiento hospitalario	NO APLICA	S.O
4.3	Evaluar el cumplimiento a la ejecución Plan de Mantenimiento Hospitalario e identificar y analizar las desviaciones existentes entre los resultados obtenidos y los esperados.	VERIFICAR	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO (Número de acciones de mejora realizadas / Número de acciones de mejora programadas) x 100	90%	_Informes de ejecución de interventoría. _Informe de ejecución de recursos del Plan de mantenimiento hospitalario avalado y enviado	Contar con informes de seguimiento al cumplimiento de las actividades del Plan de Mantenimiento Hospitalario que facilite la identificación de causas y la toma de decisiones para alcanzar las metas.	JULIO	JULIO	Secretaria General	_Arquitecto contratista _Ingeniera Biomédica contratista _Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas, _Directores operativos. _Jefe de Planeación	NO APLICA	S.O
4.4	Formular e implementar acciones de mejoramiento frente a las desviaciones presentadas (si se presentan)	ACTUAR	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO (Número de acciones de mejora realizadas / Número de acciones de mejora programadas) x 100	90%	Informe de cumplimiento del Plan de Mejoramiento	Plan de mejoramiento suscrito e implementado en 90%	JULIO	DICIEMBRE	Secretaria General	_Arquitecto contratista _Ingeniera Biomédica contratista _Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas, _Directores operativos. _Jefe de Planeación	NO APLICA	S.O
OBJETIVO ESPECIFICO 5												
5	IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO	HACER	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CADA MEDIDA DEL PSFF PARA LA VIGENCIA 2017: (Número de medidas y metas financieras cumplidas / número total de medidas y metas contenidas en el PSFF) x 100	100	Informes: _Avance de las medidas del PSFF _Ejecución del Flujo Financiero _Producción o servicios vendidos _Pago de Pasivos _Resumen de monitoreo	Cumplimiento del 100% de las medidas y metas financieras del PSFF en la vigencia 2017.	ENERO	DICIEMBRE	Gerencia.	Equipo Directivo, Directores Operativos de Red y Jefes de Dependencia.	NO APLICA	S.O
ACTIVIDADES		PHVA										

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2017 - 2020**

Generar auto sostenibilidad financiera en la organización, dando cumplimiento a los compromisos establecidos en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero maximizando la productividad y garantizando el uso eficiente de los recursos.

OBJETIVO ESPECIFICO 1	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO I SEMESTRE DE 2017.	OBSERVACIONES
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
5.1 Socializar la guía metodologica de monitoreo del PSFF al equipo directivo y personal involucrado en su cumplimiento.	HACER INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Socialización de la guía metodológica	1	Acta y registro de asistencia	Conocimiento de la guía metodológica de monitoreo del PSFF por parte del equipo directivo y del personal involucrado en su cumplimiento.	ABRIL	ABRIL	Subgerencia Financiera y Comercial	Equipo Directivo, Directores Operativos de Red y Jefes de Dependencia.	CUMPLIMIENTO	la Guía Metodología de Monitoreo del PSFF se ha dado a conocer al equipo directivo y personal involucrado en la elaboración del Informe. Cabe resaltar que al alta dirección realizó la revisión de las medidas y su avance para presentar a la Junta Directiva. Control Interno por su parte, a través de correo electrónico también envió matriz de medidas indicando los responsables definidos previamente. Posteriormente con el Asesor encargado en reunión de comité de Control Interno se expuso todos los requerimientos del informe de monitoreo, matrices y estructura del informe. No se llevaron actas ni registros asistencia.
5.2 Efectuar el seguimiento al cumplimiento de las medidas del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para la vigencia 2017	VERIFICAR INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Informe de seguimiento al cumplimiento de las medidas del PSFF	1	Informe validado.	Informe que permita el análisis del desarrollo de las medidas contenidas en el PSFF	JULIO	JULIO	Subgerencia Financiera y Comercial	Equipo Directivo, Directores Operativos de Red y Jefes de Dependencia.	NO APLICA	S.O

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 2017.

CONSOLIDÓ CON FUNDAMENTO EN INFORMES OFICIALES:

SANDRA MILENA VIVEROS SOTTO
Jefe Oficina Asesora de Planeación

APROBÓ:

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES
Gerente

CUMPLIMIENTO	8
OPORTUNIDAD DE MEJORA	2
TOTAL METAS I SEMESTRE 2017	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	80.0

	PROCESOS INTERNOS	SIAU	TALENTO HUMANO	FINANCIERA	I SEMESTRE DE 2017
CUMPLIMIENTO	9	5	3	8	25
OPORTUNIDAD DE MEJORA	5	2	0	2	9
TOTAL ACTIVIDADES / METAS QUE SE DEBIERON CUMPLIR EN EL PRIMER SEMESTRE	14	7	3	10	34
TOTAL ACTIVIDADES / METAS QUE SE DEBEN CUMPLIR AL FINALIZAR LA VIGENCIA 2017	59	18	19	26	122
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO SOBRE LAS ACTIVIDADES / METAS QUE SE DEBIERON CUMPLIR A PRIMER SEMESTRE DE 2017	64.3	71.4	100.0	80.0	73.53
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO SOBRE LAS ACTIVIDADES / METAS QUE SE DEBEN CUMPLIR AL FINALIZAR EL AÑO 2017	15.3	27.8	15.8	30.8	20.5

CONSOLIDÓ CON FUNDAMENTO EN INFORMES OFICIALES:

SANDRA MILENA VIVEROS SOTTO
Jefe Oficina Asesora de Planeación

APROBÓ:

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES
Gerente