

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		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 ESTRATÉGICO 2017 - 2020										
OBJETIVO ESPECÍFICO		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO ESPERADO	PLAZOS		RESPONSABLES		
						INC	FIN	LIDER	EQUIPO	
1	LOGRAR LA CERTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES A TRAVÉS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2015 Y LA NTC GP 1000:2009.	INDICADOR PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PARA LOGRAR LA CERTIFICACIÓN (Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas) x 100	100	_Informe de resultados	Implementación de la norma.	ENERO	DICIEMBRE	Gerente	Oficina Asesora de Planeación y Oficina Auditoría de cuentas.	
ACTIVIDADES		PHVA								
1.1	Desplegar las normas NTC ISO 9001:2015 al personal administrativo de las sede administrativa y al personal de las Redes Operativas.	INDICADOR PROPORCIÓN DE ASISTENTES AL DESPLIEGUE: (Número de asistentes / Población objetivo) x 100	100	_Registro de asistencia _Registro de invitación	Que el personal de Pasto Salud ESE conozca las normas NTC ISO 9001:2015	MAYO	MAYO	Gerencia	Oficina Asesora de Planeación, Profesional Especializado en Calidad, Oficina Asesora de Control Interno y Directores Operativos.	
1.2	Formular diagnóstico de la Norma NTC ISO 9001:2015.	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Diagnóstico establecido.	1	_Documento suscrito	Contar con un diagnóstico que permita medir el nivel de cumplimiento de los requisitos de las normas ISO 9001:2015	JULIO	AGOSTO	Oficina Asesora de Planeación y Oficina de Control Interno	Gerencia, Profesional Especializado en Calidad.	
1.3	Formular un plan de trabajo para implementar las normas ISO 9001:2015	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Plan de trabajo establecido	1	_Plan de trabajo validado en Comité Coordinador de Control Interno	Contar con un Plan de trabajo de los requisitos por cumplir de las normas NTC ISO 9001:2015.	JULIO	AGOSTO	Oficina Asesora de Planeación	Gerencia, Profesional Especializado en Calidad y Oficina Asesora de Control Interno.	
OBJETIVO ESPECÍFICO										
2	ALCANZAR UNA CALIFICACIÓN PROMEDIO DE 3,94 EN LOS DIFERENTES PAQUETES DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.	INDICADOR: Resultado de la <u>autoevaluación cuantitativa</u>	2.28	Informe de autoevaluación 2017.	Alcanzar una calificación de 2.28	ENERO	DICIEMBRE	Equipos de autoevaluación de estándares de acreditación:		
ACTIVIDADES		PHVA								
2.1	Formular PAMEC 2017 de acuerdo al resultado de la autoevaluación de los estándares de acreditación	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: PAMEC 2017 formulado y aprobado	1	Documento y acto administrativo de aprobación y adopción	Contar con Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad 2017	ABRIL	ABRIL	Profesional especializado en Calidad	Equipos de autoevaluación de estándares de acreditación:	
2.2	Adelantar seguimiento semestral de ejecución a PAMEC, con fundamento en los informes con corte a Junio de 2017	INDICADOR: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PAME EN EL PRIMER SEMESTRE: (Número de actividades cumplidas en el primer semestre / Número de actividades programadas en el primer semestre) x 100	90	Informe de auditoría semestral: Seguimiento a la ejecución de PAMEC 2016 por grupos de estándares.	Lograr un nivel de cumplimiento del 90%	JUNIO	JUNIO	Profesional especializado en Calidad	Equipo de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad.	
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.	INDICADOR: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORA: (Número de actividades cumplidas / Número de actividades programadas) x 100	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	DICIEMBRE	Profesional especializado en Calidad	Equipos de autoevaluación de estándares. Equipo de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad.	
2.4	Realizar la autoevaluación de los grupos de estándares de acreditación con corte a diciembre de 2017.	INDICADOR: Resultado cuantitativo de la Autoevaluación.	2.28	Informe de Autoevaluación 2017.	Alcanzar una calificación de 2.28					

PLAN OPERATIVO ANUAL
MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA
2017

PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		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 ESTRATÉGICO 2017 - 2020										
OBJETIVO ESPECÍFICO										
3	LOGRAR UN 90% DE CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN LOS PLANES OPERATIVOS ANUALES DE CADA VIGENCIA.	INDICADOR: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES OPERATIVOS EN EL PRIMER SEMESTRE DE LA VIGENCIA: (Número de actividades cumplidas a pírmer semestre / Total actividades programadas en el primer semestre) x 100.	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.	
ACTIVIDADES		PHVA								
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	_Acto administrativo _Publicación en página web _Planes Operativos firmados	La entidad cuenta con planes operativos 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.	
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.
3.3	Realizar seguimiento y evaluación al nivel de cumplimiento de los Planes Operativos Anuales.	VERIFICAR	(Número de actividades cumplidas a pírmer semestre / Total actividades programadas en el primer semestre) x 100.							
OBJETIVO ESPECÍFICO										
4	LOGRAR UN DESARROLLO DEL 90% EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE APALANQUEN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN: (Número de actividades desarrolladas / número de actividades programadas) x 100	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	
ACTIVIDADES		PHVA								
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: Planes aprobados.	3	Documentos y actas de aprobación.	Contar 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
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 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
4.3	Realizar seguimiento a la ejecución del Plan de Gerencia de la Información, Plan de Seguridad Informática y Plan de Comunicaciones. Consolidar informe de seguimiento y resultados.	VERIFICAR	(Número de actividades cumplidas / Total actividades programadas) x 100. Desagregar en cada Plan.						Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL			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 ESTRATÉGICO 2017 - 2020										
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
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 / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico)	≥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
ACTIVIDADES			PHVA							
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 / Valor total de adquisiciones) *100	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	
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	
5.3	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) *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
OBJETIVOS ESPECÍFICO										

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.							
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
ACTIVIDADES		PHVA							
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	
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	
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
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	
OBJETIVO ESPECIFICO		PHVA							
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.	
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 area de la Subgerencia Financiera y Comercial.	PLANEAR INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Hoja de ruta para pago, revisada y avalada para su aplicación.	1 Formato	Actas, registros, comunicaciones	Formato de hoja de ruta para pago.	ABRIL	MAYO	Suministros - Planeación - Subgerencia Financiera	
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	

PLAN OPERATIVO ANUAL
MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA
2017

PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		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 ESTRATÉGICO 2017 - 2020										
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
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) *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.	DICIEMBRE	DICIEMBRE	Subgerencia Financiera y Comercial.	Equipo directivo y asesor
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: (Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas) x 100	80	Informe de ejecución anual.	Alcanzar la implementación del programa de prestación de servicios en el 80% y realizar seguimiento	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Especializado en Calidad	Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos
ACTIVIDADES		PHVA								
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 acto administrativo (acta)	Programa actualizado integrando RIAS y MIAS.	MAYO	MAYO	Profesional Especializado en Calidad	Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos
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 más 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
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: (Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas) x 100	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
8.4	Evaluar el cumplimiento de las actividades contempladas en el programa de la política de Prestación de Servicios	VERIFICAR					NOVIEMBRE	NOVIEMBRE		
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
OBJETIVO ESPECÍFICO										

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.							
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
ACTIVIDADES		PHVA								
9.1	Ajustar los indicadores del continuo de atención y paquetes instruccionales	PLANEAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Acta de ajuste.	1	Acta suscrita e indicadores ajustados.	Indicadores del continuo de atención y del continuo de atención ajustados	ABRIL	ABRIL	Profesional Especializado en Calidad y Director Operativo Red Norte	Subgerencia de Salud e Investigación, Directores Operativos y enfermeras líderes de Red.
9.2	Implementar los indicadores del continuo de atención y paquetes instruccionales	HACER	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
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	VERIFICAR			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.
9.4	Desarrollar acciones de mejora frente a las desviaciones presentadas.	ACTUAR	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
OBJETIVO ESPECÍFICO										
10	AVANZAR EN LA IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO DE LA POLITICA Y PROGRAMA DE ATENCION HUMANIZADA. (Línea de base 25%)		INDICADOR: PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN HUMANIZADA (Número de actividades implementadas del programa / Total actividades programadas) x 100	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.
ACTIVIDADES		PHVA								
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.	Programa aprobado.	FEBRERO	ABRIL	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad y Subgerencia de Salud e Investigación.
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 / Porcentaje de despliegue de la Política de humanización) x 100	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.

**PLAN OPERATIVO ANUAL
MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS**

**VIGENCIA
2017**

**PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

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.							
10.3	Implementar el programa de la política de atención humanizada	HACER	INDICADOR: PORCENTAJE DE AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN HUMANIZADA	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.
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.
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.
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
ACTIVIDADES		PHVA								
11.1	Validación de los mapas de riesgos por parte de los líderes	PLANEAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Mapa de riesgo institucional aprobado	1	Acto administrativo	Mapas de riesgos validados	ABRIL	MAYO	Jefe de control interno	Jefe de control Interno, Gerencia y líderes de procesos.
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)	PLANEAR								
11.3	Evaluar la eficacia y el impacto de las acciones implementadas mediante auditoría a los controles establecidos en el mapa de riesgo institucional	HACER / VERIFICAR	INDICADOR: EFICACIA DE LOS CONTROLES: (Número de acciones realizadas en los controles / Número de acciones programadas en los controles) x 100	80	Informe de auditoría firmado	Reducir y prevenir los riesgos identificados	JUNIO	NOVIEMBRE	Jefe de control interno	Oficina de Control Interno
11.4	Establecer acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas	ACTUAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Plan de mejoramiento	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	Líderes de proceso
OBJETIVO ESPECÍFICO										
12	GARANTIZAR EL MEJORAMIENTO PAULATINO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS 22 PRESADORES QUE HACEN PARTE DE LA RED DE SERVICIOS DE PASTO SALUD E.S.E.		INDICADOR: NIVEL DE INTERVENCIÓN EN INFRAESTRUCTURA: (Número de IPS's intervenidas según cronograma del PMH / Total de IPS) x 100	100	_Informe ANUAL de ejecución de obras en cada IPS.	IPS'S con intervención en infraestructura de conformidad al cronograma establecido en el Plan de Mantenimiento Hospitalario	ENERO	DICIEMBRE	Secretaría General	Gerencia, Arquitecto y/o Ingeniero contratista.
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.							
12.1	Implementar el cronograma para la intervención en Infraestructura de los 22 prestadores que hacen parte de la Red de Servicios.	HACER	INDICADOR: NIVEL DE AVANCE EN LA INTERVENCIÓN EN INFRAESTRUCTURA: (Número de IPS´s intervenidas según cronograma del PMH en el primer semestre / Total de IPS) x 100	100	_Informe SEMESTRAL de ejecución de obras en cada IPS.	IPS´S con intervencion en infraestructura en el primer semestre de conformidad al cronograma establecido en el Plan de Mantenimiento Hospitalario	ENERO	DICIEMBRE	Secretaría General	Gerencia, Arquitecto y/o Ingeniero contratista.
12.2	Realizar seguimiento a la ejecución al cronograma de intervención en Infraestructura de los 22 IPS´s del PMH.	VERIFICAR					JULIO	JULIO		
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 intervencion en infraestructura de conformidad al cronograma establecido en el Plan de Mantenimiento Hospitalario	AGOSTO	DICIEMBRE	Secretaría General	Gerencia, Arquitecto y/o Ingeniero contratista.

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.

Formulado y Revisado por:

JAVIER ANDRÉS RUANO GONZÁLEZ, Subgerente de Salud e Investigación
 EDWIN JULIO BASTIDAS BENAVIDEZ, Profesional Especializado Area de la Salud
 CARMEN ALICIA GÓMEZ ZÚÑIGA, Profesional Universitario Suministros
 CRISTINA CEBALLOS MELODELGADO, Jefe Oficina Asesora Jurídica
 HENRY LUIS RODRIGUEZ CÁRDENAS, Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas
 SANDRA MILENA VIVIEROS SOTTO, Jefe Oficina Asesora de Planeación
 IRMA LETICIA MORENO MONTERO, Jefe Oficina Asesora de Control Interno
 ANGELA MELO RIVERA, Secretario General
 MARIA EUGENIA BURBANO, Subgerente Financiero y Comercial
 NANCY LUZDARY LAGOS CAMPOS, Director Operativo Red Oriente

Aprobado por:

JAVIER ANDRÉS RUANO GONZÁLEZ.
 Gerente (E)

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		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 ESTRATÉGICO 2017 - 2020		INDICADOR		META	EVIDENCIAS	RESULTADO ESPERADO	PLAZOS		RESPONSABLES		
							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) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores)		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.	
1	LOGRAR UNA UTILIDAD NETA DEL 5% EN EL PERIODO DE GESTIÓN.	INDICADOR: MARGEN OPERACIONAL DE UTILIDAD: (Utilidad operacional en el periodo / Ingresos por venta de servicios en el periodo)		0	Estado de resultados anual	Alcanzar equilibrio en el estado de resultados	ENERO	DICIEMBRE	Subgerencia Financiero y Comercial	Profesional universitario contabilidad	
ACTIVIDADES		PHVA									
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.	HACER	INDICADOR: PROPORCIÓN DE ERP CON PAGO ACTUALIZADO: (ERP con estado de cartera actualizado / Total de ERP que nos adeudan pagos) x 100 ERP: Entidad responsable de pago	100	Informe mensual de cartera por edades	Listado de deudores actualizado de manera mensual	ENERO	DICIEMBRE	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesional Universitaria Cartera y auxiliar administrativo.	
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 / total de conciliaciones programadas) x 100	100	Informe mensual de cartera, reporte de saldos por Nit, actas de conciliación, Informe de Ingresos mensuales ,registrado en sistema sios.	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	
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 / Cuentas por cobrar promedio del periodo)	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.	
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.	
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.	
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.	
OBJETIVO ESPECIFICO 2											

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		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 ESTRATÉGICO 2017 - 2020									
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.
ACTIVIDADES		PHVA							
2.1	Formular un procedimiento de retroalimentación para la disminución de glosas en el año 2017.	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Procedimiento formulado y aprobado de retroalimentación para la disminución de glosas.	1	Procedimiento aprobado con acto administrativo	Contar con un procedimiento para el desarrollo de las actividades enfocadas a la disminución de glosas en la vigencia 2017	ABRIL	ABRIL	Profesional Especializado (glosas)	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad
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.	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
2.3	Evaluar las causas de glosas recepcionadas periódicamente frente al procedimiento de retroalimentación.	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
2.4	Definir e implementar acciones de mejora grupales e individuales frente a las causales de glosa.	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
OBJETIVO ESPECÍFICO 3									
3	GESTIONAR RECURSOS PARA LA REPOSICIÓN, AMPLIACIÓN Y DOTACIÓN DE LAS IPS LORENZO, SAN VICENTE, HOSPITAL CIVIL Y LA ROSA.	INDICADOR: PROPORCIÓN DE RECURSOS GESTIONADOS: (Valor de los recursos gestionados para reposición, ampliación y dotación de las IPS´s Lorenzo, San Vicente y Hospital Civil y la Rosa / Valor total para reposición, ampliación y dotación de las IPS´s Lorenzo, San Vicente, Hospital Civil y La Rosa) 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
ACTIVIDADES		PHVA							
3.1	Formular un Plan de gestión de recursos para la reposición, ampliación y dotación de las IPS Lorenzo, San Vicente, hospital Civil y La Rosa.	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

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.								
3.2	Realizar seguimiento al Plan para la gestión de Recursos.	HACER	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN PARA LA GESTIÓN (Número de actividades implementadas / Número de actividades programadas) x 100	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
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
OBJETIVO ESPECÍFICO 4										
4	FORTALECER LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.		INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: (Actividades del PMH ejecutadas / Total de actividades del PMH programadas) x 100	100%	_ Informe de actividades del PMH desagradado por componentes	_ IPS con ejecución del PMH que contribuyen a mantener sus condiciones de servicio en óptimo funcionamiento	ENERO	DICIEMBRE	Secretaria General	_Arquitecto contratista _Ingeniera Biomédica contratista _Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas
			INDICADOR: PROPORCIÓN DE RECURSOS DEL PRESUPUESTO DESTINADOS AL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (Recursos para mantenimiento hospitalario ejecutados / recursos asignados en el presupuesto para mantenimiento hospitalario (5% normativo)) x 100	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
ACTIVIDADES										
4.1	Formular el Plan de Mantenimiento Hospitalario, someterlo a revisión y aprobación por el Comité Técnico y entrega al ente departamental.	PLANEAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Planes de Mantenimiento Hospitalario formulado, aprobado y radicado ante el ente departamental.	1 PMH	_ Documento PMH aprobado _ Comunicación oficial de radicación ante el ente departamental	_ 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
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:	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
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	(Actividades ejecutadas del Plan de Mantenimiento Hospitalario / actividades programadas del Plan de mantenimiento hospitalario) x 100		_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
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
OBJETIVO ESPECÍFICO 5										

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.

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.
---	--	-------	---	-----	--	--	-------	-----------	-----------	--

ACTIVIDADES PHVA

5.1	Socializar la guía metodología 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.
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.

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.

Formulado y Revisado por: MARIA EUGENIA BURBANO, Subgerente Financiero y Comercial ANA LUCIA CERÓN ROSAS, Profesional universitario Presupuesto DIANA CAROLINA RUEDA BENAVIDES, Profesional Universitario Cartera LILIANA ISMERY GAMBOA, Profesional Universitario Contabilidad ANGELA MELO RIVERA, Secretario General EDWIN JULIO BASTIDAS BENAVIDES, Profesional Especializado area de la salud					Aprobado por: JAVIER ANDRÉS RUANO GONZÁLEZ Gerente (E)					
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

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	INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO ESPERADO	PLAZOS		RESPONSABLES			
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
1.	MANTENER EL INDICE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO MAYOR O IGUAL AL 90% EN CADA VIGENCIA	INDICADOR: <u>INDICE DE SATISFACCIÓN GLOBAL 2017</u> (Número de usuarios satisfechos / Número Total de usuarios encuestados) x 100	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.	
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	_Comunicación oficial e Informe mediante la cual se da a conocer la satisfacción de usuarios de la vigencia 2016, como línea de base de referencia para la vigencia 2017.	Contar con 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.
1.2	Desplegar los resultados de satisfacción de usuarios de la vigencia 2016 al equipo de SIAU de la red de prestadores, a las 21 asociaciones de usuarios y unidades primarias	PLANEAR	INDICADOR: <u>COBERTURA DE DESPLIEGUE:</u> (Número de personas participes del despliegue (por grupo) / Población objetivo) x 100	80	_Listas de asistencia, huellas de envío a través de correo electrónico institucional, actas.	Los resultados alcanzados en el año 2016 se difunde y es conocido por el personal operativo SIAU, asociaciones de usuarios (responsabilidad de Oficina de SIAU) y unidades primarias (Responsabilidad del Subgerente de Salud e Investigación y Directores Operativos de Red)	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.
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/ Número total de informes que se deben presentar en la vigencia) x 100	100	_Comunicación oficial e Informe de satisfacción de usuarios trimestral	Informe trimestral de satisfacción de los usuarios presentado a Subgerencia de Salud e Investigación, para fundamentar la toma de decisiones de acuerdo a las causas de insatisfacción de mayor frecuencia.	ABRIL	Diciembre ** (Nota)	Profesional Universitario SIAU	Auxiliar SIAU sede administrativa y Redes Directores Operativos y Subgerencia Salud.
1.4	Generar el resultado de PQSF trimestral.	HACER	INDICADOR: INFORME TRIMESTRAL DE PQSF (Número de informes presentados/ Número total de informes que se deben presentar en la vigencia) x 100	100	_Comunicación oficial e Informe de satisfacción de PQSF trimestral	Informe trimestral de PQSF presentado a Subgerencia de Salud e Investigación, para fundamentar la toma de decisiones de acuerdo a las causas de PQSF	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Auxiliar SIAU sede administrativa y Redes Directores Operativos y Subgerencia Salud.
1.5	Tramitar oportunamente las PQSF verbales o escritas presentadas en el trimestre.	VERIFICAR	INDICADOR: <u>PORCENTAJE DE PQSF TRAMITADAS EN EL TRIMESTRE.</u> (Número de PQSF Tramitadas	100	_Comunicación oficial de trámite al usuario que presentó la Petición, Queja, Sugerencia y/o felicitación.	Respuesta oportuna a las PQSF de los usuarios.	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Auxiliar SIAU sede administrativa y Redes Directores Operativos y Subgerencia Salud.
1.6	Definir Oportunidades de mejora <u>si existen desviaciones</u> enfocadas al cumplimiento de las metas.	ACTUAR	INDICADOR <u>PORCENTAJE DE ACCIONES DE MEJORA REALIZADAS</u> (Número de acciones de mejora realizadas / Número de acciones de mejora programadas) x 100	90	_Plan de mejoramiento suscrito _Informe de ejecución 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.
OBJETIVO ESPECIFICO 2										

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

**VIGENCIA
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.								
2.	GENERAR PROCESOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LOS ASPECTOS DE PLANIFICACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	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.	
		INDICADOR PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE INTEGRANTES DE LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS : (Número de asistentes a la reunión / Población objetivo) x 100	80	_Registro de invitación _Registro de asistencia	El 80% de los usuarios participan en las reuniones como parte del proceso de participación comunitaria					
ACTIVIDADES		PHVA								
2.1	Conformar o renovar Asociaciones de usuarios según el vencimiento de periodos.	PLANEAR	INDICADOR PORCENTAJE DE ASOCIACIONES DE USUARIOS RENOVADAS (Número de asociaciones de usuarios conformadas y vigentes / Número de IPS) x 100	100	_Actas de conformación de asociaciones de usuarios.	Contar con asociaciones de usuarios conformadas y vigentes.	FEBRERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Auxiliares SIAU.
2.2	Concertar y documentar el plan de trabajo que incluye reuniones y temáticas a tratar en la vigencia 2017.	HACER	INDICADOR PLANES DE TRABAJO CONCERTADOS (Número de asociaciones de usuarios con plan de trabajo concertado / Número de Asociaciones vigentes) x 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.
2.3	Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de trabajo de cada asociación de usuarios.	VERIFICAR	INDICADOR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO (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.
2.4	Formular e implementar acciones de mejora cuando existan desviaciones.	ACTUAR	INDICADOR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORA (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.
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 CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE VENTAS: (Valor de la facturación ejecutada / Valor de la facturación programada) 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.
ACTIVIDADES		PHVA								
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: Programación establecida	1	_Documento de programación.	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.

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

**VIGENCIA
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.								
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 CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE VENTAS:	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.
3.3	Realizar seguimiento al plan de ventas.	VERIFICA	(Valor de la facturación ejecutada / Valor de la facturación programada) 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.
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.

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.

Formulado y Revisado por: JAVIER ANDRÉS RUANO GONZÁLEZ, Subgerente de Salud e Investigación HERNÁN JAVIER GUERRERO BURBANO Director Operativo Red Sur NANCY LUZDARY LAGOS CAMPOS, Director Operativo Red Oriente SOFIA ISABEL DÍAS CAMPAÑA, Director Operativo Red Norte WILLIAM VELA AGUIRRE, Director Operativo Red Occidente MARIA NELCY IBARRA ALVAREZ, Profesional Universitaria SIAU LIDIA MARIA DESCANCE CRUZ, Auxiliar area de la Salud SIAU	Aprobado por: JAVIER ANDRÉS RUANO GONZÁLEZ Gerente (E)
--	---

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		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO ESPERADO	PLAZOS		RESPONSABLES	
						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.	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PIC (Número de actividades ejecutadas y cumplidas / total de actividades programadas) x 100	90	Informe anual consolidado.	Alcanzar un cumplimiento del 90% en los procesos de capacitación y entrenamiento que se formulan 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.
ACTIVIDADES		PHVA							
1.1	Formular el Plan Institucional de Capacitación, desagregado en capacitación.	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Acto administrativo de aprobacion PIC 2017	1	_PIC 2017 firmado _Acto administrativo	Contar con el Plan Institucional de Capacitación 2017 formualdo y aprobado.	ENERO	MARZO	Jefe Oficina Asesora de Talento Humano	Grupo de Gestion del Talento Humano
1.2	Ejecutar las actividades establecidas en el Plan Institucional de capacitación.	INDICADOR: PORCENTAJE DE AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DEL PIC: (Número de actividades ejecutadas y cumplidas / total de actividades programadas) x 100	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
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).			Informe de seguimiento consolidado.					
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)	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Documento de acciones de mejora.	1	Plan de mejora suscrito.	Contar con un Plan de mejoramiento que permita garantizar el cumplimiento de las metas.	AGOSTO	AGOSTO	Jefe Oficina Asesora de Talento Humano	Grupo de Gestion del Talento Humano
OBJETIVO ESPECIFICO 2									
2.	MEJORAR EN UN 5% LAS COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO CON ENFASIS EN HABILIDADES Y DESTREZAS.	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO Resultado de evaluación de competencias	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
ACTIVIDADES		PHVA							
2.1	Revisar la metodología de evaluación de competencias laborales al personal de Pasto Salud ESE.	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Documento metodológico aprobado	1	Metodologia aprobada	Contar con una metodología para realizar la evaluación de competencias.	JULIO	AGOSTO	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano
2.2	Aplicar la metodología de evaluación de competencias laborales al personal de Pasto Salud ESE.	INDICADOR: COBERTURA (Número de Personas con evaluación de competencias/ Total personal de Planta) x 100	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
2.3	Elaborar y ejecutar el plan de mejoramiento ante los resultados obtenidos (Para vigencias 2017-2018)	INDICADOR: CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO (Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas) x 100	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
OBJETIVO ESPECIFICO 3									

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.							
3	LOGRAR UN 90% DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO, FRENTE A LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO.	INDICADOR: NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO FRENTE A LAS POLÍTICAS DE TALENTO HUMANO: (Número de personas con respuesta satisfactoria frente al desarrollo de las Políticas de Talento Humano / Total personal encuestado) x 100	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
ACTIVIDADES		PHVA							
3.1	Revisar la encuesta para la medición del clima organizacional	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Documento aprobado	1	Formato de encuesta firmado	Contar con una encuesta para realizar la medición del Clima Organizacional.	ABRIL	MAYO	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano - Gerencia
3.2	Aplicar la encuesta del clima organizacional y generar el informe	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
3.4	Aplicar la encuesta de satisfacción del cliente Interno frente al desarrollo de las políticas de la Empresa	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
3.5	Elaborar el Plan de mejoramiento ante los resultados obtenidos para la siguiente vigencia.	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
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.
ACTIVIDADES		PHVA							
4.1	Formular estudio financiero y viabilidad de la Planta temporal	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.
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.	Informe que permita determinar la viabilidad frente a la necesidad de personal para implementar la planta temporal.	FEBRERO	DICIEMBRE	Directores Operativos y Asesor de Talento Humano	Directores Operativos, Jefe de Area y de oficina
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.	Informe que permita determinar el análisis y la descripción de la Institución	FEBRERO	OCTUBRE	Oficina Juridica	Oficina de Planeación

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.							
4.4	Elaborar el manual de funciones de la Planta de personal temporal.	PLANEAR	INFORME DE CUMPLIMIENTO: Manual de funciones de la Planta de personal temporal.	1	Documento firmado por el Gerente y el Asesor de Talento Humano.	Contar con un Manual de Funciones para la Planta temporal de personal.	FEBRERO OCTUBRE	Oficina Jurídica	Asesor de Talento Humano, Direcciones Operativas de Red, Subgerencia de salud e investigaciones y Subgerencia Financiera y comercial.

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.

Formulado y Revisado por:

ANGELA MELO RIVERA, Secretario General
MARIA EUGENIA BURBANO, Subgerente Financiero y Comercial
JOSÉ ANDRÉS CHÁVES PAZ, Asesor (E) de Talento Humano
JENNY LORENA PANTOJA GUERRERO, Técnico Administrativo Talento Humano

Aprobado por:

JAVIER ANDRÉS RUANO GONZÁLEZ
Gerente (E)