

PLAN OPERATIVO ANUAL CRECIMIENTO Y APRENDIZAJE

VIGENCIA
INFORME ANUAL CONSOLIDADO
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.	
					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 (19) / total de actividades programadas (19) x 100 = 100% .	90	Informe Plan Institucional de Capacitaciones de fecha 26 de diciembre de 2017.	Se dictaron el 100% de actividades capacitaciones definidas.	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.	META CUMPLIDA AL 100%	
ACTIVIDADES										
1.1 Formular el Plan Institucional de Capacitación, desagregado en capacitación.	PHVA PLANEAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Acto administrativo de aprobacion PIC 2017	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 formaludo y aprobado.	ENERO	MARZO	Jefe Oficina Asesora de Talento Humano	Grupo de Gestion del Talento Humano	META CUMPLIDA AL 100%
1.2 Ejecutar las actividades establecidas en el Plan Institucional de capacitación.	HACER	INDICADOR: PORCENTAJE DE AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DEL PIC:	90	Informes de capacitación, registros, Actas.	Se cuenta con un informe que permite 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	NO APLICA
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).	VERIFICAR	Número de actividades ejecutadas y cumplidas (18) / total de actividades programadas(20) x 100 = 90%		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)	ACTUAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Documento de acciones de mejora.	1	N.A	No se implementó plan de mejoramiento teniendo en cuenta que se cumplieron todas las capacitaciones propuestas.	AGOSTO	AGOSTO	Jefe Oficina Asesora de Talento Humano	Grupo de Gestion del Talento Humano	NO APLICA
OBJETIVO ESPECIFICO 2										

**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.	
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
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	N.A	Actividad en proceso de planeación y ejecución para el año 2018.	ENERO	DICIEMBRE	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano Directores Operativos, Jefe de Oficina	META INCUMPLIDA
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	Metodología aprobada	Mediante acta de fecha 26 de diciembre de 2017, se realizó la revisión de la metodología de evaluaciones y competencias, a fin de realizar las mejoras correspondientes para que ésta se aplique en la vigencia 2018.	JULIO	AGOSTO	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano	META CUMPLIDA AL 100%
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	N.A	Actividad que se realizará en vigencia 2018.	SEPTIEMBRE	SEPTIEMBRE	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano	META INCUMPLIDA
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	N.A	N.A	OCTUBRE	DICIEMBRE	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano	NO APLICA

OBJETIVO ESPECÍFICO 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.

OBJETIVO ESPECIFICO 1	DESARROLLO DEL INDICADOR	META	EVIDENCIAS	RESULTADO OBTENIDO	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO.		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
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 POLITICA DE TALENTO HUMANO: Número de personas con respuesta satisfactoria frente al desarrollo de las Politicas de Talento Humano (61) / Total personal encuestado(94) x 100 = 65% .	90	Informe.	65% de satisfacción del cliente interno frente al desarrollo de las politicas institucionales.	DICIEMBRE	DICIEMBRE	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano - Gerencia	META CUMPLIDA PARCIALMENTE AL 65%	
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	META CUMPLIDA AL 100%
3.2	Aplicar la encuesta del clima organizacional y generar el informe	HACER	INDICADOR: COBERTURA: Número de personas que diligenciaron la encuesta (110) / Total personal de Planta (136) x 100 = 81%	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	META CUMPLIDA PARCIALMENTE AL 81%
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	N.A	El plan de mejoramiento se suscribió el 26 de diciembre de 2017, el cual será implementado en la vigencia 2018.	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano	NO APLICA
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 (94) / Total personal de Planta (136) x 100 = 69%	90	Encuestas tramitadas.	Diligenciaron la encuesta el 69%	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano	META CUMPLIDA PARCIALMENTE AL 69%

PLAN OPERATIVO ANUAL CRECIMIENTO Y APRENDIZAJE

VIGENCIA
INFORME ANUAL CONSOLIDADO
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.
						INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
3.5	Elaborar el Plan de mejoramiento ante los resultados obtenidos para la siguiente vigencia.	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO Plan de mejoramiento	1	N.A	El plan de mejoramiento se suscribió el 26 de diciembre de 2017, el cual será implementado en la vigencia 2018.	DICIEMBRE	DICIEMBRE	Asesor de Talento Humano	Grupo de gestión de Talento Humano	NO APLICA
OBJETIVO ESPECÍFICO 4										
4	DETERMINAR E IMPLEMENTAR UN PROCESO PARA LA VINCULACIÓN DEL TALENTO HUMANO.	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Estudio de factibilidad	1	Documento de Justificación Técnica y Financiera para la estructuración de la Planta de Empleos Temporales en Pasto Salud E.S.E.	Se cuenta con documento de Justificación Técnica y Financiera para la estructuración de la Planta de Empleos Temporales en Pasto Salud E.S.E.	DICIEMBRE	ENERO	Asesor de Talento Humano	Direcciones Operativas de Red, Subgerencia de salud e investigaciones y Subgerencia Financiera y comercial.	META CUMPLIDA AL 100%
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 de viabilidad Financiera.	Se cuenta con documento de Justificación Técnica y Financiera para la estructuración de la Planta de Empleos Temporales en Pasto Salud E.S.E.	FEBRERO	OCTUBRE	Asesor de Talento Humano y Area Financiera	Direcciones Operativas de Red, Subgerencia de salud e investigaciones y Subgerencia Financiera y comercial.	META CUMPLIDA AL 100%
4.2	Elaborar estudio de necesidad de personal temporal	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Informe estudio de necesidades de personal temporal.	1	Documento de justificación técnica.	Se cuenta con documento de Justificación Técnica y Financiera para la estructuración de la Planta de Empleos Temporales en Pasto Salud E.S.E.	FEBRERO	DICIEMBRE	Directores Operativos y Asesor de Talento Humano	Directores Operativos, Jefe de Area y de oficina	META CUMPLIDA AL 100%

**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.
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
4.3 Describir y analizar la Institución	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Informe de descripción y análisis de la Institución.	1	Descripción y análisis de la Institución en el Documento de Justificación técnica.	Se cuenta con documento de Justificación Técnica y Financiera para la estructuración de la Planta de Empleos Temporales en Pasto Salud E.S.E.	FEBRERO	OCTUBRE	Oficina Juridica	Oficina de Planeación	META CUMPLIDA AL 100%
4.4 Elaborar el manual de funciones de la Planta de personal temporal.	INFORME DE CUMPLIMIENTO: Manual de funciones de la Planta de personal temporal.	1	Manual de Funciones de la planta de personal temporal aprobado.	Se cuenta con documento de Justificación Técnica y Financiera para la estructuración de la Planta de Empleos Temporales en Pasto Salud E.S.E. en el cual se encuentra el Manual de Funciones.	FEBRERO	OCTUBRE	Oficina Juridica	Asesor de Talento Humano, Direcciones Operativas de Red, Subgerencia de salud e investigaciones y Subgerencia Financiera y comercial.	META CUMPLIDA AL 100%

METAS CUMPLIDAS AL 100%	9	900
METAS CUMPLIDAS PARCIALMENTE	3	215
METAS SIN CUMPLIMIENTO	2	0
TOTAL METAS A CUMPLIR	14	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		79.6

PLAN OPERATIVO ANUAL MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA INFORME ANUAL CONSOLIDADO 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.
					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.	INDICADOR PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PARA LOGRAR LA CERTIFICACIÓN Número de actividades realizadas (22) / Número de actividades programadas (22) x 100 = 100%	100	Registro de asistencia.	Mejoramiento de los procesos Ambiente físico, Gerencia de la Información y Talento Humano	ENERO	DICIEMBRE	Gerente	Oficina Asesora de Planeación y Oficina Auditoria de cuentas.	META CUMPLIDA AL 100%
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.	PLANEAR INDICADOR PROPORCIÓN DE ASISTENTES AL DESPLIEGUE: Número de asistentes (46) / Población objetivo(46) x 100 = 100%	100	_Registro de asistencia _Registro de invitación	El personal de Pasto Salud ESE participó en el despliegue de 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.	META CUMPLIDA AL 100%
1.2 Formular diagnóstico de la norma ISO 9001:2015 y NTC GP 1000.	PLANEAR 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 y NTC GP 1000.	JULIO	AGOSTO	Oficina Asesora de Planeación y Oficina de Control Interno	Gerencia, Profesional Especializado en Calidad.	META CUMPLIDA AL 100%
1.3 Formular un plan de trabajo para implementar las normas ISO 9001:2015 y NTC GP 1000	HACER - VERIFICAR INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Plan de trabajo.	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.	META CUMPLIDA AL 100%

OBJETIVO ESPECIFICO

PLAN OPERATIVO ANUAL MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA INFORME ANUAL CONSOLIDADO 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.
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
2 ALCANZAR UNA CALIFICACIÓN PROMEDIO DE 3,94 EN LOS DIFERENTES PAQUETES DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.	INDICADOR: Resultado de la autoevaluación cuantitativa = 2.39	2.28	Informe de autoevaluación 2017.	Se alcanzó una calificación de 2.28	ENERO	DICIEMBRE	Equipos de autoevaluación de estándares de acreditación:		META CUMPLIDA AL 100%
ACTIVIDADES	PHVA								
2.1 Formular PAMEC 2017 de acuerdo al resultado de la autoevaluación de los estándares de acreditación	PLANEAR INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: PAMEC 2017 formulado y aprobado	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:	META CUMPLIDA AL 100%
2.2 Adelantar seguimiento semestral de ejecución a PAMEC, con fundamento en los informes con corte a Junio de 2017	HACER INDICADOR: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PAMEC EN EL TERCER TRIMESTRE: Número de actividades cumplidas al tercer trimestre acumuladas (170) / Número de actividades programadas (218) x 100 = 78%	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.	NO APLICA
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.	VERIFICAR INDICADOR: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORA: Número de actividades cumplidas (394) / Número de actividades programadas (440) x 100 = 90%	90	Segundo Informe de Seguimiento a PAMEC 2017 -SEGPAMEC-02-17	89.5% de cumplimiento del plan de mejora	NOVIEMBRE	DICIEMBRE ** (Nota)	Profesional especializado en Calidad	Equipos de autoevaluación de estándares. Equipo de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad.	META CUMPLIDA AL 100%
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	2.28	Informe de autoevaluación de estándares de acreditación 2017.	Se alcanzó una calificación de 2.28					NO APLICA
OBJETIVO ESPECÍFICO									

PLAN OPERATIVO ANUAL MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA INFORME ANUAL CONSOLIDADO 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.	
						INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
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 metas cumplidas en el año (71) / Total metas en el año (81) x 100 = 87.7%	90	Informe POA 2017	Nivel de cumplimiento del 87.7%	ENERO	DICIEMBRE	Gerente Jefe Oficina Asesora de Planeación	Funcionarios Directivos, Asesores y Jefes de dependencias.	META CUMPLIDA	
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	_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.	META CUMPLIDA AL 100%	
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
3.3	Realizar seguimiento y evaluación al nivel de cumplimiento de los Planes Operativos Anuales.	VERIFICAR	Número de actividades cumplidas hasta el III trimestre (25) / Total actividades programadas hasta el III trimestre (34) x 100 = 73.5%								
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 DESARROLLLO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN: Número de actividades desarrolladas (31) / número de actividades programadas en el año (34) x 100 = 91.1%	90	Informe Anual de Cumplimiento (Plan de Gerencia de la Información, Plan de Seguridad Informática, Plan de Comunicaciones)	Se alcanzó el 91.1% de cumplimiento de las actividades planteadas.	ENERO	DICIEMBRE	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia	META CUMPLIDA AL 100%

PLAN OPERATIVO ANUAL MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA INFORME ANUAL CONSOLIDADO 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.
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
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: 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	META CUMPLIDA AL 100%
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: Número de actividades cumplidas (15) / Total actividades programadas (34) x 100 = <u>44.12%</u>	90	Informe Anual de Cumplimiento (Plan de Gerencia de la Información, Plan de Seguridad Informática, Plan de Comunicaciones)	Cumplimiento del 44.12%	NOVIEMBRE	NOVIEMBRE	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia	NO APLICA
4.3 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	Plan de Mejoramiento de Sistema de Indicadores y Plan de Mejoramiento de Comunicaciones suscritos el 18 de Diciembre de 2017.	Se cuenta con dos planes de mejoramiento para Gerencia de la Información y Comunicaciones, a fin de mejorar aquellas actividades pendientes por desarrollar.	DICIEMBRE	DICIEMBRE	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia	META CUMPLIDA AL 100%
OBJETIVO ESPECÍFICO									

**PLAN OPERATIVO ANUAL
MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS**

**VIGENCIA
INFORME ANUAL CONSOLIDADO 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.
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
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 (2.606.191.667) / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico (2.862.863.383) X 100 = <u>91.03%</u>	≥0,80	Plataforma de Bionexo, Actas comité de contratación	Se alcanzó el 91.03% de adquisiciones de medicamentos y material medicoquirurgico por mecanismos electronicos	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario Suministros	Comité de Contratación	META CUMPLIDA AL 100%
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 (2.606.191.667) / Valor total de adquisiciones (2.862.863.383) x = <u>91.03%</u>	90%	Plataforma de Bionexo, Actas comité de contratación	Se alcanzó el 91.03% de adquisiciones de medicamentos y material medicoquirurgico por mecanismos electronicos	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario Suministros		NO APLICA
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	Informe Semestral Julio 01 de 2017. Informe Anual Enero 15 de 2018	Se cuenta con informes semestral y anual consolidade de compras electrónicas	JULIO	DICIEMBRE	Profesional Universitario Suministros		META CUMPLIDA AL 100%

PLAN OPERATIVO ANUAL MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA INFORME ANUAL CONSOLIDADO 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.	
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
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 () x 100 =	90%	NA	NA	JULIO	DICIEMBRE	Profesional Universitario Suministros	Equipo directivo y asesor	NO APLICA	
OBJETIVOS ESPECÍFICO										
6 MANTENER EL 85% DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE PROVEEDORES.	INDICADOR: PORCENTAJE DE PROVEEDORES SATISFECHOS: Número de proveedores encuestados con respuesta positiva(16) / Total de proveedores encuestados (19) x 100 = <u>85%</u>	90%	_Encuestas tramitadas _Resultado consolidado	Mantener el 85% de satisfacción global de proveedores.	JULIO	DICIEMBRE	Profesional Universitario Suministros	Equipo directivo y asesor	META CUMPLIDA AL 85%	
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.	PHVA 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.		META CUMPLIDA AL 100%	
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.		META CUMPLIDA AL 100%	
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	_Acta de despliegue _Registro de asistencia	Contar con un documento de análisis validado del nivel de satisfacción.	AGOSTO	AGOSTO	Secretaría General - Suministros Oficina Asesora Jurídica	Equipo directivo y asesor	META CUMPLIDA AL 100%	

PLAN OPERATIVO ANUAL MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA INFORME ANUAL CONSOLIDADO 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.
					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%	N.A	N.A	SEPTIEMBRE DICIEMBRE	Secretaría General - Suministros - Oficina Asesora Jurídica	NO APLICA
OBJETIVO ESPECIFICO									
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 (11) / Número total de proveedores encuestados (19) x 100 = 58%	51%	Resultado Encuesta	La satisfacción de proveedores en oportunidad de pago, aumento. Es del 58%	JULIO DICIEMBRE	Subgerencia Financiera y Comercial.	META CUMPLIDA AL 100%
ACTIVIDADES									
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.	PHVA 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	META CUMPLIDA AL 100%
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 (263) / Cuentas Radicadas (406) x 100 = 65%	50%	Matriz de pago tramitada	65% de oportunidad en el pago.	JUNIO DICIEMBRE	Subgerencia Financiera - Supervisores de Contratos	META CUMPLIDA AL 100%
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	N.A	La hoja de ruta no fue operada para realizar seguimiento a la oportunidad en el pago.	DICIEMBRE DICIEMBRE	Subgerencia Financiera Equipo directivo y asesor	NO APLICA

PLAN OPERATIVO ANUAL MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA INFORME ANUAL CONSOLIDADO 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.	
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
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%	NO APLICA	No se estableció Plan de mejora	DICIEMBRE DICIEMBRE	Subgerencia Financiera y Comercial.	Equipo directivo y asesor	NO APLICA
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 (19) / Número de actividades programadas (22) x 100 = 86%	80	Informe Oficina de Control Interno - Cuadros de Seguimiento a PAMEC - Direccionamiento	86% de cumplimiento del programa de la política de prestación de servicios.	ENERO DICIEMBRE	Profesional Especializado en Calidad	Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos	META CUMPLIDA AL 100%
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	META CUMPLIDA AL 100%
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 (505) / Población objetivo (565) x 100 = 91%	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	META CUMPLIDA AL 100%
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:			Alcanzar la implementación del	AGOSTO OCTUBRE	Profesional	Subgerencia de Salud	.ICA

PLAN OPERATIVO ANUAL MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA INFORME ANUAL CONSOLIDADO 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.		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
8.4	Evaluar el cumplimiento de las actividades contempladas en el programa de la política de Prestación de Servicios	VERIFICAR	(Número de actividades ejecutadas (15) / Número de actividades programadas (21) x 100 = 71%	80	Informe de ejecución.	Implementación del programa de prestación de servicios en el 80%	NOVIEMBRE	NOVIEMBRE	Especializado en Calidad	e Investigación y Directores Operativos	NO APL
8.5	Establecer acciones de mejora frente a las brechas encontradas	ACTUAR	Plan de mejoramiento aprobado.	1	No hubo necesidad de realizar plan de mejora por cumplimiento de la meta. Cumplimiento del 86%	Cumplimiento del 86%.	DICIEMBRE	DICIEMBRE	Profesional Especializado en Calidad	Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos	NO APLICA
OBJETIVO ESPECÍFICO											
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 actividades realizadas (23) / número de actividades programadas (25) x 100 = 92%	87.5	Informe Oficina de Control Interno - Cuadros de Seguimiento a PAMEC - Direccionamiento	92% de cumplimiento del programa de calidad y seguridad del paciente	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	META CUMPLIDA AL 100%
ACTIVIDADES											
9.1	Ajustar los indicadores del continuo de atención y paquetes instruccionales	PHVA PLANEAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Acta de ajuste.	1	Acta No. 2 de 28 de abril de 2017 y Acta No. 3 de Junio de 2017 del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.	Se ajustó 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.	META CUMPLIDA AL 100%

**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.		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
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 cumplimiento de metas (103) / Número total de indicadores(134) x 100 = 77% con corte a Julio de 2017.	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
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			Dos Informes de auditoria el primero de marzo de 2017 con cumplimiento del 70% y el segundo en noviembre de 2017 con resultado de 92%	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.	META CUMPLIDA AL 100%
9.4	Desarrollar acciones de mejora frente a las desviaciones presentadas.	ACTUAR	Plan de mejoramiento aprobado.	1	Plan de mejora del 27 de Octubre de 2017	Plan de mejora aprobado por la Subgerencia de salud e Investigación	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	META CUMPLIDA AL 100%
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 (24) / Total actividades programadas en el año (26) x 100 = 92%	40	Informe anual de implementación del programa de atención humanizada. Circular 514 - 15031 cumplimiento de políticas institucionales	Implementación del programa de atención humanizada en el 91% y realizar seguimiento	FEBRERO	DICIEMBRE	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad y Subgerencia de Salud e Investigación.	META CUMPLIDA AL 100%

PLAN OPERATIVO ANUAL MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA INFORME ANUAL CONSOLIDADO 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.		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
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 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.	META CUMPLIDA AL 100%
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 <u>(505)</u> / Población objetivo <u>(565)</u> 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.	META CUMPLIDA AL 100%
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 91%	MAYO	DICIEMBRE	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad y Subgerencia de Salud e Investigación.	NO APLICA
10.4	Realizar el seguimiento a la implementación del programa de la política de atención humanizada.	VERIFICAR	(Número de actividades implementadas del programa (22) / Total actividades programadas(26) x 100 = <u>85%</u>				SEPTIEMBRE	SEPTIEMBRE	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad y Subgerencia de Salud e Investigación.	NO APLICA
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

OBJETIVO ESPECÍFICO

PLAN OPERATIVO ANUAL MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA INFORME ANUAL CONSOLIDADO 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.
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
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 (12) / Total actividades programadas (15) x 100 = 80%	40	_Informe ACIG 04 - 2017: de auditoria al nivel de implementación de los controles establecidos en el mapa de riesgos institucional.	Se alcanzó el 80% de cumplimiento del programa de Gestión del Riesgo.	ENERO	DICIEMBRE	Jefe de control interno	Lideres de proceso	META CUMPLIDA AL 100%
ACTIVIDADES	PHVA								
11.1 Validacion de los mapa de riesgos por parte de los líderes	PLANEAR								META CUMPLIDA AL 100%
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	1	Acto administrativo: Mapa de Riesgo Institucional aprobado mediante resolución 0397 del septiembre 25 de 2017.	Mapas de riesgos validados	ABRIL	MAYO	Jefe de control interno	Jefe de control Interno, Gerencia y líderes de procesos.	META CUMPLIDA AL 100%
11.3 Evaluar la eficacia y el impacto de las acciones implementadas mediante auditoria a los controles establecidos en el mapa de riesgo institucional	HACER / VERIFICAR	80	Auditoria ACIG 04 - 2017	Actividad que al momento de hacer el seguimiento se encontraba en proceso de ejecución	JUNIO	NOVIEMBRE	Jefe de control interno	Oficina de Control Interno	META CUMPLIDA AL 100%

PLAN OPERATIVO ANUAL MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA INFORME ANUAL CONSOLIDADO 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.		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
11.4	Establecer acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas	ACTUAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Plan de mejoramiento	1	Plan de mejoramiento.	Actividad a realizarse en la vigencia 2018 según la nueva metodología de la guía del Gestión del Riesgo.	JULIO	DICIEMBRE	Jefe de control interno	Lideres de proceso	NO APLICA
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.		INDICADOR: NIVEL DE INTERVENCIÓN EN INFRAESTRUCTURA: Número de actividades de infraestructura realizadas (21) / Número de actividades programadas (21) x 100 = 100%	100	Informes.	En Intervenciones inmediatas de infraestructura 9 IPS'S de 21 programadas estan en ejecución. En Mantenimiento preventivo y correctivo se intervinieron 21 IPS'S de 21 programadas	ENERO	DICIEMBRE	Secretaría General	Gerencia, Arquitecto y/o Ingeniero contratista.	META CUMPLIDA AL 100%
ACTIVIDADES											
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:	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.	NO APLICA
12.2	Realizar seguimiento a la ejecución al cronograma de intervención en Infraestructura de los 22 IPS's del PMH.	VERIFICAR	(Número de IPS's intervenidas según cronograma del PMH en el primer semestre (8) / Total de IPS (22) x 100 = 36.36%	100			JULIO	JULIO	Secretaría General	Gerencia, Arquitecto y/o Ingeniero contratista.	NO APLICA

**PLAN OPERATIVO ANUAL
MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS**

**VIGENCIA
INFORME ANUAL CONSOLIDADO 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.
					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

METAS CUMPLIDAS AL 100%	34	3400
METAS CUMPLIDAS PARCIALMENTE	1	85
METAS SIN CUMPLIMIENTO	0	0
TOTAL METAS A CUMPLIR	35	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	99.6	

**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		
					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 (45.902.646.106) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores (48.944.314.622)) = 1,07	1.02	Informe de Ejecución Presupuestal a 31 de Diciembre de 2017	Resultado del equilibrio presupuestal $\geq 1,02$	ENERO	DICIEMBRE	Subgerente Financiero y Comercial	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias.	META CUMPLIDA AL 100%	
1	LOGRAR UNA UTILIDAD NETA DEL 5% EN EL PERIODO DE GESTIÓN.	INDICADOR: MARGEN OPERACIONAL DE UTILIDAD: Utilidad operacional en el periodo (2.910.154.116,32) / Ingresos por venta de servicios en el periodo (36.010.127.889) = 8.1%	0	Informe Indicador Margen operacional de Utilidad - Contabilidad	Alcanzar equilibrio en el estado de resultados	ENERO	DICIEMBRE	Subgerencia Financiero y Comercial	Profesional universitario contabilidad	META CUMPLIDA AL 100%	
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 (125) / Total de ERP que nos adeudan pagos (125) x 100 = 100% ERP: Entidad responsable de pago	100	Informe Mensual de Cartera por edades Saldo por Nit Informe Mensual de Ingresos	Listado de deudores actualizado de manera mensual	ENERO	DICIEMBRE	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesional Universitaria Cartera y auxiliar administrativo.	META CUMPLIDA AL 100%
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 (12) / total de conciliaciones programadas (12) x 100 = 100%	100	Informe mensual de cartera, reporte saldos por nit, informe de ingresos; informe mensual de facturación, sistema de información sios, actas de conciliación.	Saldos conciliados entre las dependencias con el sistema de información .	ENERO	DICIEMBRE	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesionales Universitarias de cartera, presupuesto, contabilidad, tesorería y facturación	META CUMPLIDA AL 100%

**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		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
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 período (9.064.984.009,95) / Cuentas por cobrar promedio del período (36.010.127.888,91) x 365 días = 92 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.	META CUMPLIDA AL 100%
1.4	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	Informes de Ejecución Presupuestal y Estados Financieros firmados y publicados en página Web Institucional	12 informes de ejecución presupuestal y 12 Estados financieros publicados en Página WEB	ENERO	DICIEMBRE	Subgerente Financiero y Comercial	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias.	META CUMPLIDA AL 100%
		ACTUAR	INDICADOR DE Cumplimiento: Documento de acciones de mejora	1	NO APLICA	No se presentaron desviaciones que justifiquen Plan de mejora	JULIO	JULIO	Subgerente Financiero y Comercial	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias.	NO APLICA
1.5	Implementar acciones de mejoramiento	ACTUAR	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: Acciones de mejoramiento desarrolladas () / Acciones de mejoramiento programadas () x 100 =	90	NO APLICA	NO APLICA	AGOSTO	DICIEMBRE	Subgerente Financiero y Comercial	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias.	NO APLICA
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 (5,42%) - Porcentaje de la glosa aceptada de la vigencia actual (3,64%) = 1,78%	0.5	Estados financieros - Actas de conciliación - Informe PSF	En el año 2017 se disminuyó las glosas en 1,78% en relación al año 2016.	ENERO	DICIEMBRE	Subgerente Financiero y Comercial y Subgerente de Salud e Investigación	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias.	META CUMPLIDA AL 100%
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		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
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 <u>resolución 0146 del 21 de abril de 2017.</u>	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	META CUMPLIDA AL 100%
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 = 91%	85	Actas de asistencia enero, febrero y septiembre de 2017. Correos a direcciones operativas de red Informe PIC	Cobertura del 91%	MAYO	DICIEMBRE	Profesional Especializado (glosas)	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad	META CUMPLIDA AL 100%
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 (3.313) - Número de glosas por la misma causa de la vigencia actual (1.682) / Número de glosas por la misma causa de la vigencia anterior (3.313) x 100 = 50%	50	Cuadro de comparación de glosas por la misma causa, dividida en dos periodos: abril a junio 2017 y julio a septiembre 2017	Proporción de mejora por la misma causa del 50%	JUNIO	DICIEMBRE	Profesional Especializado (glosas)	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad	META CUMPLIDA AL 100%

**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
						INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
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	No se definio Plan de mejora porque no existen desviaciones	No se definio Plan de mejora porque no existen desviaciones	JULIO	DICIEMBRE	Profesional Especializado (glosas)	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad	NO APLICA
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, 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	Radicación de los proyectos ante el IDSN y ante el Ministerio de Salud.	Se gestionó consecución de recursos para los proyectos de reposición de Infraestructura y dotacion del <u>Centro de Salud Lorenzo y Hospital La Rosa (dotación)</u> . El indicador no aplica porque los recursos no se han transferido a la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.	ENERO	DICIEMBRE	Gerencia.	_Subgerente Financiero y Comercial _Subgerente de Salud e Investigación _Secretario General	NO APLICA
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
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
3.1	Formular un Plan de gestión de recursos para la reposición, ampliación y dotación de las IPS's Lorenzo, San Vicente, hospital civil y La Rosa.	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	NO APLICA
3.2	Realizar seguimiento al Plan para la gestión de Recursos.	80	N.A	los recursos no se han transferido a la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.	NOVIEMBRE	NOVIEMBRE	Gerencia.	_Subgerente Financiero y Comercial _Subgerente de Salud e Investigación _Secretario General	NO APLICA
3.3	Establecer oportunidades de mejora si existen desviaciones.		N.A	los recursos no se han transferido a la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.	DICIEMBRE	DICIEMBRE	Gerencia.	_Subgerente Financiero y Comercial _Subgerente de Salud e Investigación _Secretario General	NO APLICA

OBJETIVO ESPECÍFICO 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
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
4 FORTALECER LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Actividades del PMH ejecutadas (10.160) / Total de actividades del PMH programadas (10.383) x 100 = 98%	100%	Informes.	98% de cumplimiento por actividades (mantenimiento preventivo y correctivo) del PMH	ENERO	DICIEMBRE	Secretaria General	_Arquitecto contratista _Ingeniera Biomédica contratista _Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas	META CUMPLIDA AL 98%
	INDICADOR: PROPORCIÓN DE RECURSOS DEL PRESUPUESTO DESTINADOS AL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO Recursos para mantenimiento hospitalario ejecutados (2.239.418.889) / recursos asignados en el presupuesto para mantenimiento hospitalario en el primer semestre (2.447.582.949) (5% normativo) x 100 = 91%	100%	Informe de Ejecución Presupuestal a 31 de Diciembre de 2017	91% comprometido o ejecutado de los recursos asignados para mantenimiento hospitalario	ENERO	DICIEMBRE	Subgerencia Financiera y Comercial	_Arquitecto contratista _Ingeniera Biomédica contratista _Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas	META CUMPLIDA AL 91%
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				ENERO	ENERO	_Secretaria General _Subgerencia Financiera y Comercial	_Arquitecto contratista _Ingeniera Biomédica contratista _Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas	META CUMPLIDA AL 100%
4.2 Ejecutar el Plan de Mantenimiento Hospitalario en todos sus componentes, teniendo en cuenta el cumplimiento de los cronogramas anuales.	HACER			N.A	ENERO	DICIEMBRE	Secretaria General	Empresas contratistas del servicio de mantenimiento hospitalario	

**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	
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
4.3	<p>Evaluar el cumplimiento a la ejecución Plan de Mantenimiento Hospitalario e identificar y analizar las desviaciones existentes entre los resultados obtenidos y los esperados.</p> <p align="center">VERIFICAR</p>	<p>INDICADOR: PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO:</p> <p>Actividades ejecutadas del Plan de Mantenimiento Hospitalario (4 380) / actividades programadas del Plan de mantenimiento hospitalario (4 547) x 100 = <u>96.3%</u></p>	100%	N.A	<p>El Indicador no aplica porque ya se registro a con corte al primer semestre del año 2017. El resultado fue del 96.3%. El resultado anual se consolida en el objetivo específico: "fortalecer la ejecución del Plan de Mantenimiento Hospitalario".</p>	JULIO	JULIO	Secretaria General	<p>_Arquitecto contratista _Ingeniera Biomédica contratista _Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas, _Directores operativos. _Jefe de Planeación</p>	NO APLICA
4.4	<p>Formular e implementar acciones de mejoramiento frente a las desviaciones presentadas (si se presentan)</p> <p align="center">ACTUAR</p>	<p>INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO</p> <p>Número de acciones de mejora realizadas () / Número de acciones de mejora programadas () x 100 =</p>	90%	N.A	No se estableció Plan de mejoramiento.	JULIO	DICIEMBRE	Secretaria General	<p>_Arquitecto contratista _Ingeniera Biomédica contratista _Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas, _Directores operativos. _Jefe de Planeación</p>	NO APLICA
OBJETIVO ESPECIFICO 5										
5	<p>IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO</p>	<p>INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CADA MEDIDA DEL PSFF PARA LA VIGENCIA 2017:</p> <p>Medidas cumplidas al 100% = 9 Medida cumplida al 90% = 1 Medida sin cumplimiento = 1</p> <p>Porcentaje de cumplimiento = 90%</p>	100	<p>Informes:</p> <p>_Avance de las medidas del PSFF _Ejecución del Flujo Financiero _Producción o servicios vendidos _Pago de Pasivos _Resumen de monitoreo</p>	<p>Cumplimiento parcial de las medidas y metas financieras del PSFF en la vigencia 2017.</p>	ENERO	DICIEMBRE	Gerencia.	<p>Equipo Directivo, Directores Operativos de Red y Jefes de Dependencia.</p>	META CUMPLIDA AL 90%

**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		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
ACTIVIDADES	PHVA										
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.	META CUMPLIDA AL 100%
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.	META CUMPLIDA AL 100%

METAS CUMPLIDAS AL 100%	13	1300
METAS CUMPLIDAS PARCIALMENTE	3	279
METAS SIN CUMPLIMIENTO	0	0
TOTAL METAS A CUMPLIR	16	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		98.7

PLAN OPERATIVO ANUAL USUARIOS Y GRUPOS DE INTERÉS

VIGENCIA
INFORME ANUAL
CONSOLIDADO 2017

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.
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
1.	MANTENER EL INDICE DE SATISFACCION DEL USUARIO MAYOR O IGUAL AL 90% EN CADA VIGENCIA.	90	Oficio 534-190 de 11 de enero-2018, mediante el cual se informa a la Subgerencia de Salud e Investigación el resultado del nivel de satisfacción global del año 2017.	Nivel de Satisfacción de Usuarios del 92.5%	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Auxiliar SIAU sede administrativa y Redes, Directores Operativos y Subgerencia Salud.	META CUMPLIDA AL 100%
ACTIVIDADES		PHVA							
1.1	Generar el resultado final de satisfacción de la vigencia 2016 para determinar viabilidad de meta para la vigencia 2017 (Enero).	1	Oficio 534 - 190 del 11 de enero de 2018, se da a conocer el resultado de satisfacción del año 2017	Se cuenta con un informe de resultado de satisfacción de usuarios de la vigencia 2017	ENERO	FEBRERO	Profesional Universitario SIAU	Auxiliar SIAU sede administrativa y Redes Directores Operativos y Subgerencia Salud.	META CUMPLIDA AL 100%
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	80	Oficio 534 - 2863 7 marzo-2017, mediante el cual se convoca reunion personal SIAU-Red de prestadores Oficio 534 - 02897 de 9 de marzo 2017, mediante el cual se convoca a las asociaciones de usuarios para dar a conocer el resultado de satisfacción de la vigencia 2016. _Lista de asistencia _Acta	88 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.	META CUMPLIDA AL 100%

PLAN OPERATIVO ANUAL USUARIOS Y GRUPOS DE INTERÉS

VIGENCIA
INFORME ANUAL
CONSOLIDADO 2017

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.
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
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 (4) / Número total de informes que se deben presentar en la vigencia (4) x 100 = 100%	100	Informe I trimestre: oficio 534-5738 de 10 de mayo-2017. Informe II trimestre: oficio 534-9732 de 9 de agosto 2017. Informe III trimestre: oficio 534-13977 de 20 de noviembre 2017. Informe IV trimestre: oficio 534-190 de 11 de enero de 2018	4 Informes trimestrales 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.	META CUMPLIDA AL 100%
1.4 Generar el resultado de PQSF trimestral.	HACER INDICADOR: INFORME TRIMESTRAL DE PQSF Número de informes presentados (4) / Número total de informes que se deben presentar en la vigencia (4) x 100 = 100%	100	Informe I trimestre: oficio 534-6853 de 8 de junio de 2017. Informe II trimestre: oficio 534-9328 de 27 de julio de 2017. Informe III trimestre: oficio 534-13976 de 29 de noviembre de 2017. Informe IV trimestre: oficio 534-755 de 29 de enero de 2018.	3 Informes trimestrales de PQSF's presentados 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.	META CUMPLIDA AL 100%

PLAN OPERATIVO ANUAL USUARIOS Y GRUPOS DE INTERÉS

VIGENCIA
INFORME ANUAL
CONSOLIDADO 2017

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.		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
1.5	Tramitar oportunamente las PQSF verbales o escritas presentadas en el trimestre.	VERIFICAR	INDICADOR: <u>PORCENTAJE DE PQSF TRAMITADAS EN LA VIGENCIA (I + II + III + IV).</u> Número de PQSF Tramitadas oportunamente 403 / Número de PQSF presentadas en el trimestre (405) x 100 = 99.5% Sin embargo en auditoria realizada por la oficina de Control interno Codigo ACIO 14 – 2017 fecha 1 agosto a 12 de septiembre de un total de 93 quejas se dieron respuesta oportuna a 20 con un nivel de cumplimiento del 21.5%	100	_Comunicación oficial, mediante la cual se reporta formato "registro de PQSF´s" de parte de las redes.	Respuesta oportuna a las PQSF de los usuarios.	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Auxiliar SIAU sede administrativa y Redes Directores Operativos y Subgerencia Salud.	META CUMPLIDA PARCIALMENTE AL 21.5%
1.5	Definir Oportunidades de mejora si existen <u>desviaciones</u> enfocadas al cumplimiento de las metas.	ACTUAR	INDICADOR <u>PORCENTAJE DE ACCIONES DE MEJORA REALIZADAS</u> Número de acciones de mejora realizadas (2) / Número de acciones de mejora programadas(4) x 100 = 50%	90	_Plan de mejoramiento suscrito el 27 de septiembre de 2017 _Circular 001 del 27 de noviembre de 2017, mediante la cual se informa tiempos de apertura de buzones y respuesta a PQSF (ACCIÓN 1 y 2)	Lograr 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.	META CUMPLIDA PARCIALMENTE AL 50%
OBJETIVO ESPECIFICO 2											
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	4	I Taller de Capacitación: 1 de abril-2017- II Taller:26 de agosto de 2017- III Taller: 28 de octubre 2017- IV Taller:2 de diciembre 2017	Se realizaron 4 talleres con las asociaciones de usuarios como parte de los procesos de participación comunitaria.		3RE	Profesional	Auxiliares SIAU, Directores	META CUMPLIDA AL 100%

PLAN OPERATIVO ANUAL USUARIOS Y GRUPOS DE INTERÉS

VIGENCIA
INFORME ANUAL
CONSOLIDADO 2017

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.
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
2.	GENERAR PROCESOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LOS ASPECTOS DE PLANIFICACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	80	I Taller: 12 Asociaciones de Usuarios / 21 II Taller: 17 Asociaciones de Usuarios / 21 III Taller: 12 Asociaciones de Usuarios / 21 IV Taller: 13 Asociaciones de Usuarios / 21	El 64% de los integrantes de las asociaciones de usuarios participaron en los talleres como parte del proceso de participación comunitaria.	ENER	DICIEMBRE	Universitario SIAU	Operativos y Subgerencia Salud e Investigación.	META CUMPLIDA PARCIALMENTE AL 64%
ACTIVIDADES		PHVA							
2.1	Conformar o renovar Asociaciones de usuarios según el vencimiento de periodos.	100	Actas de conformación: Hospital Civil: 3 de abril-2017; Lorenzo: 1 junio 2017; La Laguna: 30 de mayo-2017; Gualmatán: 14 de junio 2017; Primero de Mayo: 5 septiembre 2017; Pandiaco: 6 de septiembre 2017; San Vicente: 11 de septiembre 2017; Genoy: 28 de octubre 2017; Mapachico: 23 de noviembre 2017; Morasurco: 14 Diciembre 2017	Renovación de 10 asociaciones de usuarios cuyo periodo se venció en la vigencia 2017.	FEBRERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Auxiliares SIAU.	META CUMPLIDA AL 100%
2.2	Concertar y documentar el plan de trabajo que incluye reuniones y temáticas a tratar en la vigencia 2017.	100	21 planes de acción concertados establecidos en el formato "plan de acción para asociaciones de usuarios"	Plan de trabajo suscrito por cada Asociación de Usuarios.	ENERO	JUNIO	Profesional Universitario SIAU	Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos.	META CUMPLIDA AL 100%

**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.		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
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 (4) / Número de actividades programadas (6) x 100 = 66.7%	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.	META CUMPLIDA PARCIALMENTE AL 66.7%
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 (0) / Número de acciones de mejora formuladas (0) x 100 = 0	90	Plan de mejora formulado _Informe de seguimiento.	No se formulo plan de mejoramiento.	AGOSTO	DICIEMBRE *(Nota)	Directores Operativos en cada Red.	Profesional universitario SIAU, Directores Operativos y Subgerencia de Salud e Investigación.	NO APLICA
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 ANUAL: valor de la facturación ejecutada (37.502.234.098) / valor de la facturación programada (36.535.461.480) x 100 = 103%	100	_Informe anual del Plan de Ventas.	Se alcanzó el 103% de cumplimiento en el Plan de ventas de servicio acorde a la demanda de servicios.	ENERO	DICIEMBRE	Directores Operativos en cada Red.	Subgerencia de Salud e Investigación.	META CUMPLIDA AL 100%
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.	META CUMPLIDA AL 100%

PLAN OPERATIVO ANUAL USUARIOS Y GRUPOS DE INTERÉS

VIGENCIA
INFORME ANUAL
CONSOLIDADO 2017

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.
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	
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.	META CUMPLIDA AL 100%
3.3 Realizar seguimiento al plan de ventas	VERIFICAR valor de la facturación ejecutada (22.804.381.027) / valor de la facturación programada(21.356.832.026) x 100 = 107%	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.	META CUMPLIDA AL 100%
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

METAS CUMPLIDAS AL 100%	12	1200
METAS CUMPLIDAS PARCIALMENTE	4	202.2
METAS SIN CUMPLIMIENTO	0	0
TOTAL METAS A CUMPLIR	16	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	87.6	

PLAN OPERATIVO ANUAL

VIGENCIA

INFORME ANUAL CONSOLIDADO 2017

	TALENTO HUMANO		PROCESOS INTERNOS		SIAU		EFICIENCIA FINANCIERA		GLOBAL	
	NUMERO DE METAS	SUMATORIA PORCENTAJE METAS	NUMERO DE METAS	SUMATORIA PORCENTAJE METAS	NUMERO DE METAS	SUMATORIA PORCENTAJE METAS	NUMERO DE METAS	SUMATORIA PORCENTAJE METAS	NUMERO DE METAS	SUMATORIA PORCENTAJE METAS
METAS CON CUMPLIMIENTO al 100%	9	900	34	3,400	12	1,200	13	1300	68	6,800
METAS CON CUMPLIMIENTO PARCIAL	3	215	1	85	4	202	3	279	11	781
METAS SIN CUMPLIMIENTO	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
TOTAL METAS	14.0	79.6	35.0	99.6	16.0	87.6	16.0	98.7	81.0	93.6
PORCENTAJE PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	79.6		99.6		87.6		98.7		93.6	

CONSOLIDÓ CON FUNDAMENTO EN INFORMES OFICIALES:

ORIGINAL FIRMADA

SANDRA MILENA VIVEROS SOTTO

Jefe Oficina Asesora de Planeación

APROBÓ:

ORIGINAL FIRMADA

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES

Gerente