

**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 1 | | INDICADOR | META | EVIDENCIAS | RESULTADO ESPERADO | PLAZOS | | RESPONSABLES | |
|------------------------------|--|--|--|---------------------------------|---|--|------------|--|---|
| | | | | | | 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. | CUMPLIMIENTO: Certificación en ISO 9001:2015 | 100 | Certificación en ISO 9001:2015 | Certificarse en la norma ISO 9001:2015 ante el ICONTEC. | ENERO | SEPTIEMBRE | Gerente | Oficina Asesora de Planeación y profesional especializado area de la salud. |
| ACTIVIDADES | | PHVA | | | | | | | |
| 1.1 | Implementar el plan de trabajo para dar cumplimiento a los requisitos de la norma ISO 9001:2015 | HACER | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO: (Número de actividades realizadas / número de actividades programadas) x 100 | 90 | Informe. | Cumplir con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 para certicarse en calidad. | ENERO | SEPTIEMBRE | Oficina Asesora de Planeación Profesional especializado area de la salud. |
| 1.2 | Realizar seguimiento y evaluación a la implementación del Plan de trabajo para implementar la norma ISO 9001:2015 | VERIFICAR | CUMPLIMIENTO: Informe de seguimiento y evaluación del Plan de trabajo para implementar la norma ISO 9001:2015 | 1 | Acta. | Disponer de los resultados del plan de trabajo, para asegurar el cumplimiento de los requisitos exigidos para certificarse en ISO 9001:2015. | JUNIO | JUNIO | Oficina Asesora de Planeación Profesional especializado area de la salud. |
| OBJETIVO ESPECIFICO 2 | | | | | | | | | |
| 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> | 2.74 | Informe de autoevaluación 2018. | Alcanzar una calificacion de 2.74 | ENERO | DICIEMBRE | Equipos de autoevaluación de estándares de acreditación. | |
| ACTIVIDADES | | PHVA | | | | | | | |
| 2.1 | Formular PAMEC 2018 de acuerdo al resultado de la autoevaluación de los estandares de acreditación | PLANEAR | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: PAMEC 2018 formulado y aprobado | 1 | Documento y acto administrativo de aprobación y adopción | Contar con Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad 2018 | FEBRERO | MARZO | Profesional especializado area de la salud Equipos de autoevaluación de estándares de acreditación. |
| 2.2 | Realizar despliegue del PAMEC 2018 a los integrantes del equipo de autoevaluación en acreditación | HACER | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Número de personas a quien se realizó despliegue del PAMEC 2018 / Número total de personas objeto x 100% | 90 | Registro de asistencia. | Lograr cobertura del 90% | MARZO | MARZO | Profesional especializado area de la salud Equipo de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad. |
| 2.3 | Adelantar seguimiento semestral de ejecución a PAMEC 2018 | VERIFICAR | 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. | JULIO | AGOSTO | Profesional especializado area de la salud Equipos de autoevaluación de estándares. Equipo de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad. |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|----|--|--|--------|-----------|---|---|--|
| 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. | | | | | | | | | |
| 2.4 | Desarrollar acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas | ACTUAR | INDICADOR: PORCENTAJE DE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS: Acciones de mejora ejecutadas / acciones de mejora formuladas x 100 | 90 | Informe de Autoevaluación 2017. | Alcanzar una calificación de 2.74 | AGOSTO | DICIEMBRE | Profesional especializado area de la salud | Equipos de autoevaluación de estándares. Equipo de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad. | |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 3 | | | | | | | | | | | |
| 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: (Número de metas cumplidas / Total metas programadas) 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 2018. 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 | ENERO | 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 2018 de conformidad con las acciones y plazos previstos. | HACER | INDICADOR: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES OPERATIVOS EN EL PRIMER SEMESTRE DE LA VIGENCIA: (Número de actividades cumplidas a pimer semestre / Total actividades programadas en el primer semestre) x 100. | 90 | Informe POA. | Alcanzar un cumplimiento de ejecución de POA mínimo del 90% en el primer semestre de la vigencia. | JULIO | 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 | | | | | | | | | |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 4 | | | | | | | | | | | |
| 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 / 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 | Actualizar el Plan de Gerencia de la Información, Plan de Seguridad Informática y Plan de Comunicaciones para la vigencia 2018 definiendo 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. | ENERO | FEBRERO | Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas. | Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia | |

| 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. | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|-------|--|---|-------|-----------|--|---|--|
| 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) | MARZO | DICIEMBRE | 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 en el primer semestre / Total actividades programadas en el semestre) x 100. Desagregar en cada Plan. | | | | JULIO | JULIO | Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas. | Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia | |
| 4.4 | Analizar las desviaciones encontradas en la ejecución del Plan de Gerencia de la Información, 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. | JULIO | JULIO | Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas. | Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia | |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 5 | | | | | | | | | | | |
| 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 | 80% de las Compras de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos adquiridos por la plataforma bionexo | ENERO | DICIEMBRE | Profesional Universitario Suministros | Comité de Contratación | |
| 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. | | | | | | | | |
| 5.1 | Realizar las compras de Medicamentos y de Insumos médico quirúrgicos por mecanismos electrónicos. | HACER | INDICADOR: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICOS 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 () X 100 = | ≥0,80 | Plataforma de Bionexo, Actas comité de contratación | Realizar compras electrónicas mínimo del 80% del total de las compras, para medicamentos e insumos medico quirúrgicos. | JULIO | JULIO | 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 informe semestral y anual consolidado. | Contar con informes de seguimiento que permitan analizar las desviaciones y tomar decisiones para el mejoramiento. | JULIO | JULIO | Profesional Universitario Suministros | |
| 5.3 | Formular e implementar acciones de mejora 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 6 | | | | | | | | | | |
| 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 | Alcanzar 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 2017 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. | FEBRERO | MARZO | 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 | MAYO | Secretaría General - Suministros Oficina Asesora Jurídica | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|--------------|--|--|-----------|-----------|--|--|
| 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 | | | | | | | | | | |
| 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. | JULIO | 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. | AGOSTO | DICIEMBRE | Secretaría General - Suministros - Oficina Asesora Jurídica | |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 7 | | | | | | | | | | |
| 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 | 61 | _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 | | | | | | | | | | |
| 7.1 | Levantar, diagramar y documentar el procedimiento de pago de los compromisos y obligaciones de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, identificando los responsables de cada actividad para determinar tiempos utilizados y el nivel cumplimiento de plazos acordados. | PHVA PLANEAR | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Procedimiento de pago aprobado y en operación | 1 | Acto administrativo de aprobación de procedimiento | Procedimiento de pago definido | FEBRERO | MARZO | Subgerencia Financiera y Comercial. | Tesorero, Profesional Universitario de Suministros, Almacenista, Profesional Universitario de Contabilidad |
| 7.2 | Revisar y ajustar el formato de hoja de ruta para el pago de compromisos de Pasto Salud, con el propósito de llevar el registro del tiempo de trámite de la cuenta, durante todo el proceso, desde el momento de la radicación factura o cuenta de cobro. | PLANEAR | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Hoja de ruta para pago, revisada y avalada para su aplicación. | 1 Formato | Formato de hoja de ruta | Se cuenta con un formato de hoja de ruta para el control de oportunidad a las cuentas por pagar. | FEBRERO | MARZO | Suministros - Planeación - Subgerencia Financiera | |
| 7.3 | Implementar el procedimiento de pago de los compromisos y obligaciones y el formato de hoja de ruta para pago, con el fin de medir tiempos de trámite, demoras en el mismo, determinar responsables y mejorar la oportunidad en el pago. | HACER | INDICADOR PORCENTAJE DE DILIGENCIAMIENTO DE LA HOJA DE RUTA: (Número de cuentas con formato de hoja de ruta diligenciado / total de cuentas radicadas) | 100 | Formato de hoja de ruta, anexo a cada una de las cuentas en proceso de pago. | Formato diligenciado al terminar proceso de pago | ABRIL | DICIEMBRE | Subgerencia Financiera - Secretaría General, Supervisores de Contratos | |
| 7.4 | 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 | hojas de ruta y tiempo utilizado en cada dependencia | Conclusiones de tiempo utilizado en cada dependencia en el proceso de pago | DICIEMBRE | DICIEMBRE | Subgerencia Financiera | Equipo directivo y asesor |

| 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. | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|----|--|--|------------|------------|--|--|--|
| 7.5 | Revisar y actualizar permanentemente la matriz de Programación de Pagos teniendo en cuenta la información de fechas de radicación de facturas, cuentas y de pago, para determinar la oportunidad en el pago de las obligaciones adquiridas por Pasto Salud ESE | ACTUAR | INDICADOR OPORTUNIDAD EN EL PAGO: Cuentas Pagadas dentro del plazo acordado () / Cuentas Radicadas () x 100 | 75 | _Matriz de programación de pagos. _Comunicación oficial. | Conocer el nivel de cumplimiento del procedimiento para pago de obligaciones. | SEPTIEMBRE | SEPTIEMBRE | Subgerencia Financiera | Oficina Asesora de Control Interno | |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 8 | | | | | | | | | | | |
| 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 | 90 | 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. | FEBRERO | FEBRERO | Profesional Especializado en Area de la Salud | 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 mas del 80% del personal misional con respecto al programa de la política de prestación de servicios. | MARZO | JUNIO | Profesional Especializado en Area de la Salud | 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 | 90 | Informe de ejecución. | Alcanzar la implementación del programa de prestación de servicios en el 90% | MARZO | DICIEMBRE | Profesional Especializado en Area de la Salud | 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 | | | | | JULIO | AGOSTO | | | |
| 8.5 | Establecer acciones de mejora si se presentan desviaciones. | ACTUAR | Plan de mejoramiento aprobado. | 1 | Documento suscrito. | Plan de mejoramiento Formulado y aprobado coteniendo las actividades no cumplidas. | AGOSTO | AGOSTO | Profesional Especializado en Area de la Salud | Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos | |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 9 | | | | | | | | | | | |
| 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 IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE LA POLITICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: (Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas) x 100 | 90 | _Informe de ejecucion anual. _Indicadores del continuo de atencion y paquetes instruccionales | Avanzar o Mantener la implementación del programa de calidad y seguridad del paciente en el 90%. | ENERO | DICIEMBRE | Profesional Especializado en Area de la Salud y Director Operativo Red Norte | Subgerencia de Salud e Investigación, Directores Operativos, enfermeras líderes de Red y equipos primarios | |
| ACTIVIDADES | | PHVA | | | | | | | | | |
| 9.1 | Revisar y actualizar el programa de las políticas de calidad y seguridad del paciente | PLANEAR | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO Programa actualizado. | 1 | Programa aprobado mediante acto administrativo (acta) | Programa actualizado | FEBRERO | FEBRERO | Profesional Especializado en Area de la salud y Director Operativo Red Norte | Subgerencia de Salud e Investigación, Directores Operativos y enfermeras líderes de Red. | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|----|--|--|---------|-----------|--|--|
| 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. | | | | | | | | |
| 9.2 | Desplegar el programa de las Políticas de calidad y seguridad del paciente | HACER | INDICADOR: PORCENTAJE DE DESPLIEGUE DEL PROGRAMA (Número de personas a quien se desplegó el programa / Número de personas objeto) x 100 | 90 | Actas y registros de asistencia | Conocimiento a más del 80% del personal misional con respecto al programa de la política de prestación de servicios. | MAYO | JULIO | Profesional Especializado en Área de la Salud y Director Operativo Red Norte | Subgerencia de Salud e Investigación, Directores Operativos, enfermeras líderes de Red y equipos primarios |
| 9.3 | Operativizar las actividades incluidas en los programas de las políticas de Calidad y Seguridad del paciente | VERIFICAR | INDICADOR: PORCENTAJE DE AVANCE EN LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE LA POLÍTICA: (Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas) x 100 | 90 | Informe de ejecución. | Alcanzar la implementación del programa de prestación de servicios en el 90% | ENERO | DICIEMBRE | Profesional Especializado en Área de la Salud | Equipo de autoevaluación para el mejoramiento de la calidad. |
| 9.4 | Evaluar el cumplimiento de las actividades contempladas en el programa de las Políticas de Calidad y Seguridad del paciente | | | | | | AGOSTO | AGOSTO | Profesional Especializado en Área de la salud y Director Operativo Red Norte | Subgerencia de Salud e Investigación, Directores Operativos, enfermeras líderes de Red y equipos primarios |
| 9.5 | 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. | AGOSTO | AGOSTO | Profesional Especializado en Área de la salud y Director Operativo Red Norte | Subgerencia de Salud e Investigación, Directores Operativos, enfermeras líderes de Red y equipos primarios |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 10 | | | | | | | | | | |
| 10 | AVANZAR EN LA IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO DE LA POLÍTICA 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 | 90 | 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 Auditoria para el mejoramiento de la Calidad y Subgerencia de Salud e Investigación. |
| ACTIVIDADES | | PHVA | | | | | | | | |
| 10.1 | Actualizar y aprobar el programa de la política de Humanización. | PLANEAR | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Programa de la política de humanización actualizado y aprobado. | 1 | Documento suscrito y aprobado. | Programa aprobado. | ENERO | FEBRERO | Director Operativo Red Oriente | Directores Operativos, Oficina de Auditoria para el mejoramiento de la calidad y Subgerencia de Salud e Investigación. |
| 10.2 | Desplegar el programa de la política de Humanización. | HACER | INDICADOR: PORCENTAJE DE DESPLIEGUE DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN HUMANIZADA (Número de personas que participan en el despliegue / población objetivo) x 100 | 90 | Registro de asistencia | Conocimiento del programa de la política de atención humanizada a todo el personal de Pasto Salud ESE | MARZO | ABRIL | Director Operativo Red Oriente | Directores Operativos, Oficina de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad y Subgerencia de Salud e Investigación. |
| 10.2 | Desplegar el programa de la política de Humanización. | HACER | INDICADOR: EVALUACIÓN DE LA COMPRENSIÓN (evaluaciones con calificación satisfactoria ≥ 4.5 / evaluaciones presentadas) x 100 | 80 | Evaluaciones tramitadas. | Conocimiento del programa de la política de atención humanizada a todo el personal de Pasto Salud ESE | MARZO | ABRIL | Director Operativo Red Oriente | Directores Operativos, Oficina de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad y Subgerencia de Salud e Investigación. |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-----|---|---|-----------|-----------|---|--|
| 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 | 90 | Informe de implemetación del programa de atención humanizada. | Programa de la política de atención humanizada implementada en un 40% | FEBRERO | DICIEMBRE | Director Operativo Red Oriente | Directores Operativos, Oficina de Auditoria para el mejoramiento de la 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 | | | | JUNO | JULIO | | |
| 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 | 95 | Informe de cumplimiento del Plan de Mejoramiento | Plan de mejoramiento suscrito e implementado en 90% | JULIO | DICIEMBRE | Dirección Operativa Red Oriente | Directores Operativos, Oficina de Calidad y Subgerencia de Salud e Investigación. |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 11 | | | | | | | | | | |
| 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 | 90 | 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 | Lideres de proceso |
| ACTIVIDADES | | PHVA | | | | | | | | |
| 11.1 | Ajustar metodología de administracion de riesgos | PLANEAR | Metodología ajustada y aprobada | 1 | Acto administrativo metodologia implemtada | Metodologia ajustada | ENERO | MARZO | Jefe de control interno - Oficina Asesora de Planeacion | Jefe de control Interno, Gerencia y líderes de procesos. |
| 11.2 | Ajustar mapa de riesgos por proceso en la nueva metodologia | HACER | (Mapa de riesgos ajustados / total de procesos) x 100 | 100 | Mapas de riesgos por procesos ajustados | Mapa de riesgo ajustado | ABRIL | AGOSTO | Lideres de proceso | Jefe de control Interno, Gerencia y líderes de procesos. |
| 11.3 | Evaluacion de la implmentacion a procesos priorizados (Gerencia del ambiente fisico, Gestion Juridica, Gerencia del Talento Humano) | VERIFICAR | (Mapa de procesos evaluados / Mapa de procesos priorizados) x 100 | 100 | Informe de auditoria | Controles eficaces implementados | OCTUBRE | NOVIEMBRE | Jefe de control interno | Equipo auditor |
| 11.4 | Plan de Mejoramiento suscrito por los procesos auditados | ACTUAR | (Plan de mejoramiento suscrito / Mapa de procesos priorizados) x 100 | 100 | Plan de mejoramiento | Plan de Mejoramiento suscrito | NOVIEMBRE | NOVIEMBRE | Lider Proceso | Lideres de proceso |
| OBJETIVO ESPECIFICO 12 | | | | | | | | | | |
| 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 a intervenir según cronograma) x 100 | 100 | _Informe ANUAL de ejecución del Plan de Mantenimiento Hospitalario. | IPS'S con intervencion en infraestructura de conformidad al cronograma establecido en el Plan de Mantenimiento Hospitalario | ENERO | DICIEMBRE | Secretaría General | Gerencia, Arquitecto y/o Ingeniero contratista. |

| 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. | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-----|--|---|---------|------------|---|--|--|--|
| ACTIVIDADES | | PHVA | | | | | | | | | | |
| 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 del Plan de Mantenimiento Hospitalario. | 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 | (Número de IPS's intervenidas según cronograma del PMH en el primer semestre / Total de IPS) x 100 | | | | 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. | |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 13 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | MEJORAR EL PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO A TRAVÉS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2015. | | CUMPLIMIENTO: Certificación en ISO 9001:2015 | 100 | Certificación en ISO 9001:2015 | Certificarse en la norma ISO 9001:2015 ante el ICONTEC. | ENERO | SEPTIEMBRE | _Gerente _Jefe Oficina Asesora de Planeación | | Oficina Asesora de Planeación, Subgerencia de Salud e investigación, Secretaria General y Direcciones Operativas de Red. | |
| 13.1 | Revisar, actualizar y aprobar el proceso Direccionamiento estratégico junto a los procedimientos e indicadores que lo conforman. | PLANEAR | CUMPLIMIENTO: Acto administrativo mediante el cual se actualiza, aprueba y adopta el Proceso Direccionamiento estratégico. | 1 | _Acto administrativo _Fichas de proceso y procedimientos tramitadas | Aprobar el proceso Direccionamiento estratégico junto a los procedimientos Formulación y revisión del Direccionamiento, Plan Estratégico y Operativos; y, Formulación, ejecución y seguimiento de planes institucionales. | FEBRERO | JUNIO | _Gerente _Jefe Oficina Asesora de Planeación | | Oficina Asesora de Planeación, Subgerencia de Salud e investigación, Secretaria General y Direcciones Operativas de Red. | |
| 13.2 | Implementar el proceso de Direccionamiento estratégico de conformidad a lo planteado. | HACER | CUMPLIMIENTO Informes de implementación. | 1 | _Actas _Reportes _Registros de asistencia _Comunicaciones oficiales | Aplicar el proceso Direccionamiento estratégico de conformidad a lo planteado. | FEBRERO | DICIEMBRE | _Gerente _Jefe Oficina Asesora de Planeación | | Oficina Asesora de Planeación, Subgerencia de Salud e investigación, Secretaria General y Direcciones Operativas de Red. | |
| 13.3 | Realizar seguimiento al proceso Direccionamiento estratégico, junto a los procedimientos e indicadores que lo conforman | VERIFICAR | CUMPLIMIENTO Informe presentado y auditoria. | 1 | _Informe de indicadores del desempeño del proceso. | Cumplir con las actividades planteadas en el proceso Direccionamiento estratégico. | MARZO | JUNIO | _Gerente _Jefe Oficina Asesora de Planeación | | Oficina Asesora de Planeación, Subgerencia de Salud e investigación, Secretaria General y Direcciones Operativas de Red. | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-----|--|--|---------|------------|---|--|
| 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. | | | | | | | | |
| 13.4 | Establecer oportunidades de mejora si existen desviaciones. | ACTUAR | CUMPLIMIENTO Plan de mejoramiento establecido | 1 | _Plan de mejoramiento suscrito | Certificación en ISO 9001:2015 | JUNIO | JUNIO | _Gerente _Jefe Oficina Asesora de Planeación | Oficina Asesora de Planeación, Subgerencia de Salud e investigación, Secretaria General y Direcciones Operativas de Red. |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 14 | | | | | | | | | | |
| 14 | MEJORAR LOS PROCESOS DE <u>ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL</u> A TRAVÉS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2015. | | CUMPLIMIENTO: Certificación en ISO 9001:2015 | 100 | Certificación en ISO 9001:2015 | Certificarse en la norma ISO 9001:2015 ante el ICONTEC. | ENERO | SEPTIEMBRE | Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos | Gerencia, Subgerencia de salud e investigación, Oficina Asesora de Planeación y Profesional especializado en area de la salud. |
| 14.1 | Revisar, actualizar y aprobar los procesos de atención al cliente asistencial junto a los procedimientos e indicadores que lo conforman. | PLANEAR | CUMPLIMIENTO: Acto administrativo mediante el cual se actualiza, aprueba y adoptan los procesos de atención al cliente asistencial. | 1 | _Acto administrativo _Fichas de proceso y procedimientos tramitadas | Aprobar los procesos de ingreso, registro e ingreso, planeación de la atención, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención, salida y seguimiento; y referencia y contrarreferencia. | FEBRERO | JUNIO | Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos | Gerencia, Subgerencia de salud e investigación, Oficina Asesora de Planeación y Profesional especializado en area de la salud. |
| 14.2 | Implementar el proceso de Atención al cliente asistencial de conformidad a lo planteado. | HACER | CUMPLIMIENTO Informes de implementación. | 1 | _Actas _Reportes _Registros de asistencia _Comunicaciones oficiales | Aplicar los procesos de Atención al cliente asistencial de conformidad a lo planteado. | FEBRERO | DICIEMBRE | Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos | Gerencia, Subgerencia de salud e investigación, Oficina Asesora de Planeación y Profesional especializado en area de la salud. |
| 14.3 | Realizar seguimiento al proceso Atención al cliente asistencial, junto a los procedimientos e indicadores que lo conforman. | VERIFICAR | CUMPLIMIENTO Informe presentado. | 1 | _Informe de indicadores del desempeño del proceso. | Cumplir con las actividades planteadas en los procesos de atención al cliente asistencial. | MARZO | JUNIO | Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos | Gerencia, Subgerencia de salud e investigación, Oficina Asesora de Planeación y Profesional especializado en area de la salud. |
| 14.4 | Establecer oportunidades de mejora si existen desviaciones. | ACTUAR | CUMPLIMIENTO Plan de mejoramiento establecido | 1 | _Plan de mejoramiento suscrito | Certificación en ISO 9001:2015 | JUNIO | JUNIO | Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos | Gerencia, Subgerencia de salud e investigación, Oficina Asesora de Planeación y Profesional especializado en area de la salud. |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 15 | | | | | | | | | | |
| 15 | MEJORAR LOS PROCESOS DE <u>SOPORTE ADMINISTRATIVO</u> A TRAVÉS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2015. | | CUMPLIMIENTO: Certificación en ISO 9001:2015 | 100 | Certificación en ISO 9001:2015 | Certificarse en la norma ISO 9001:2015 ante el ICONTEC. | ENERO | SEPTIEMBRE | _Secretaria General. _Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas _Jefe Oficina Asesora Jurídica | _Equipos de trabajo de cada Proceso. _Profesional especializado en area de la salud |

| 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. | | | | | | | | |
|---|---|--|---|-----|--|--|---------|------------|---|--|
| 15.1 | Revisar, actualizar y aprobar los procesos de soporte administrativo junto a los procedimientos e indicadores que lo conforman. | PLANEAR | CUMPLIMIENTO: Acto administrativo mediante el cual se actualiza, aprueba y adoptan los procesos de soporte administrativo. | 1 | _Acto administrativo _Fichas de proceso y procedimientos tramitados | Aprobar los procesos Gerencia de la información, Gestión de la tecnología, Gestión Documental, Gerencia del ambiente físico y Gestión Jurídica. | FEBRERO | JUNIO | _Secretaria General. _Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas _Jefe Oficina Asesora Jurídica | _Equipos de trabajo de cada Proceso. _Profesional especializado en area de la salud |
| 15.2 | Implementar el procesos de soporte administrativo de conformidad a lo planteado. | HACER | CUMPLIMIENTO Informes de implementación. | 1 | _Actas _Reportes _Registros de asistencia _Comunicaciones oficiales | Aplicar los procesos de soporte administrativo de conformidad a lo planteado. | FEBRERO | DICIEMBRE | _Secretaria General. _Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas _Jefe Oficina Asesora Jurídica | _Equipos de trabajo de cada Proceso. _Profesional especializado en area de la salud |
| 15.3 | Realizar seguimiento a los procesos de soporte administrativo, junto a los procedimientos e indicadores que lo conforman. | VERIFICAR | CUMPLIMIENTO Informe presentado. | 1 | _Informe de indicadores del desempeño del proceso. | Cumplir con las actividades planteadas en los procesos de Soporte administrativo. | MARZO | JUNIO | _Secretaria General. _Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas _Jefe Oficina Asesora Jurídica | _Equipos de trabajo de cada Proceso. _Profesional especializado en area de la salud |
| 15.4 | Establecer oportunidades de mejora si existen desviaciones. | ACTUAR | CUMPLIMIENTO Plan de mejoramiento establecido | 1 | _Plan de mejoramiento suscrito | Certificación en ISO 9001:2015 | JUNIO | JUNIO | _Secretaria General. _Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas _Jefe Oficina Asesora Jurídica | _Equipos de trabajo de cada Proceso. _Profesional especializado en area de la salud |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 16 | | | | | | | | | | |
| 16 | MEJORAR LOS PROCESOS DE <u>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</u> A TRAVÉS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2015. | | CUMPLIMIENTO: Certificación en ISO 9001:2015 | 100 | Certificación en ISO 9001:2015 | Certificarse en la norma ISO 9001:2015 ante el ICONTEC. | ENERO | SEPTIEMBRE | Jefe Oficina Asesora de Control Interno | _Profesional especializado en áreas de la salud _Oficina Asesora de Planeación |
| 16.1 | Revisar, actualizar y aprobar los procesos de mejoramiento de la calidad junto a los procedimientos e indicadores que lo conforman. | PLANEAR | CUMPLIMIENTO: Acto administrativo mediante el cual se actualiza, aprueba y adoptan los procesos de mejoramiento de la calidad. | 1 | _Acto administrativo _Fichas de proceso y procedimientos tramitados | Aprobar el proceso de mejoramiento de la calidad junto a los procedimientos mejoramiento de procesos internos, auditoría para el mejoramiento, mejoramiento continuo y referenciación comparativa. | FEBRERO | JUNIO | Jefe Oficina Asesora de Control Interno | _Profesional especializado en áreas de la salud _Oficina Asesora de Planeación |
| 16.2 | Implementar el proceso de mejoramiento de la calidad de conformidad a lo planteado. | HACER | CUMPLIMIENTO Informes de implementación. | 1 | _Actas _Reportes _Registros de asistencia _Comunicaciones oficiales | Aplicar los procesos de mejoramiento de la calidad de conformidad a lo planteado. | FEBRERO | DICIEMBRE | Jefe Oficina Asesora de Control Interno | _Profesional especializado en áreas de la salud _Oficina Asesora de Planeación |

**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.

| | | | | | | | | | | |
|------|---|-----------|--|---|--|---|-------|-------|---|---|
| 16.3 | Realizar seguimiento a los procesos de mejoramiento de la calidad, junto a los procedimientos e indicadores que lo conforman. | VERIFICAR | CUMPLIMIENTO Informe presentado. | 1 | _Informe de indicadores del desempeño del proceso. | Cumplir con las actividades planteadas en los procesos de mejoramiento de la calidad. | MARZO | JUNIO | Jefe Oficina Asesora de Control Interno | _Profesional especializado en áreas de la salud _Oficina Asesora de Planeación |
| 16.4 | Establecer oportunidades de mejora si existen desviaciones. | ACTUAR | CUMPLIMIENTO Plan de mejoramiento establecido | 1 | _Plan de mejoramiento suscrito | Certificación en ISO 9001:2015 | JUNIO | JUNIO | Lideres de los procesos de Soporte administrativo | _Profesional especializado en áreas de la salud _Oficina Asesora de Planeación |

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 2018.

Formulado y Revisado por:

ORIGINAL FIRMADAS

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
 HENRY LUIS RODRIGUEZ CÁRDENAS, Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas
 SANDRA MILENA VIVIEROS SOTTO, Jefe Oficina Asesora de Planeación
 JAIME ALBERTO SANTACRUZ SANTACRUZ, Jefe Oficina Asesora de Control Interno
 ANGELA MELO RIVERA, Secretario General
 MARIA EUGENIA BURBANO, Subgerente Financiero y Comercial
 HERNÁN JAVIER GUERRERO BURBANO, Director Operativo Red Sur
 SOFÍA ISABEL DÍAZ CAMPAÑA, Director Operativo Red Norte
 WILLIAM VELA AGUIRRE, Director Operativo Red Occidente
 NANCY LUZDARY LAGOS CAMPOS, Director Operativo Red Oriente

Aprobado por:

ORIGINAL FIRMADA

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES
Gerente.

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 | 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) | 1.04 | Ejecución presupuestal anual. | Resultado del equilibrio presupuestal ≥ 1.04 | 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) | 2.5 | Estado de resultados anual | Alcanzar equilibrio en el estado de resultados | ENERO | DICIEMBRE | Subgerencia Financiero y Comercial | Profesional universitario contabilidad | |
| ACTIVIDADES | | PHVA | | | | | | | | |
| 1.1 | Disminuir tiempos de radicación de cuentas de cobro a aseguradoras: con las de contrato dentro de los 10 primeros días y demas aseguradoras dentro de los primeros 15 días de cada mes | HACER | INDICADOR: (Cuentas radicadas en los 15 primeros días de cada mes/cuentas por radicar del mes anterior)*100 | 100 | Cuentas Radicadas | Oportunidad en radicación de cuentas que generará mayor liquidez | ENERO | DICIEMBRE | Subgerencia Financiera y Comercial | Profesional Universitario de Facturacion y Tecnico Administrativo |
| 1.2 | 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. |
| 1.3 | 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 |
| 1.4 | 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 / Cuentas por cobrar promedio del período) | 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 | Depurar la cartera de cada una de las ERP, para determinar los montos reales adeudados.. | HACER | INDICADOR: PORCENTAJE DE DEPURACIONES REALIZADAS: Número de entidades responsables de pago con cartera depurada / Total ERP con cartera x 100 | 100 | Estados de cartera depurados. | Valores reales adeudados por las diferentes aseguradoras o ERP | ENERO | DICIEMBRE | Subgerencia Financiera y Comercial | Auxiliar Administrativo - Cartera. |

| 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. | | | | | | | | |
|---|---|--|---|----|--|--|---------|-----------|---|---|
| 1.6 | 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 existan desviaciones. | ENERO | DICIEMBRE | Subgerente Financiero y Comercial | Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias. |
| | | 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 | | | | | | | | | | |
| 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). Durante la vigencia 2017 se logró disminuir la glosa en 2.2%. | 1 | Informe anual consolidado | Reducir el nivel de glosas en 1% 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 | Desarrollar contratación oportuna con las diferentes ERP | PLANEAR | INDICADOR: OPORTUNIDAD EN LA CONTRATACION CON LAS DIFERENTES ERP Número de ERP con quien se realizó oportunamente la contratación / Número de ERP objeto x 100 | 5 | _ Contratos suscritos. | Desarrollar contratación oportuna con las ERP objeto. | ENERO | MARZO | Subgerente de Salud e Investigación | Técnica administrativa, Profesional Especializado del área en salud |
| 2.2 | Revisar y actualizar el procedimiento de retroalimentación para la disminución de glosas en el año 2018. | PLANEAR | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Procedimiento actualizado 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 2018. | FEBRERO | FEBRERO | Profesional Especializado área en salud (glosas) | Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad |
| 2.3 | Ejecutar el procedimiento de retroalimentación de glosas para la vigencia 2018, de conformidad con las acciones previstas, que permita al personal involucrado conocer las causales de glosas con el fin de reducir o eliminar la ocurrencia. | HACER | INDICADOR: PROPORCIÓN DEL PERSONAL CON RETROALIMENTACIÓN DE GLOSAS: (Personal con retroalimentación de glosas / Total personal responsable de la glosa) x 100 | 85 | _ Acta de retroalimentación y registro de asistencia | El 85% del personal administrativo y de la red de prestadores de servicios de salud tienen conocimiento de las causales de glosas. | MARZO | DICIEMBRE | Profesional Especializado área de la salud (glosas) | Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad |

| 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. | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|--|---------|-----------|---|---|
| 2.4 | Evaluar las causas de glosas recepcionadas periódicamente frente al procedimiento de retroalimentación. | VERIFICAR | INDICADOR: PROPORCIÓN DE MEJORA EN LA DISMINUCIÓN DE GLOSAS POR LA MISMA CAUSA EN EL PERIODO: (Número de glosas por la misma causa de la vigencia anterior - Número de glosas por la misma causa de la vigencia actual / Número de glosas por la misma causa de la vigencia anterior) x 100 | 50 | Informes de glosas | Contar con la información oficial que permita identificar la trazabilidad en el comportamiento de las causas de las glosas. | ABRIL | DICIEMBRE | Profesional Especializado área de la salud (glosas) | Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad |
| 2.5 | Definir e implementar acciones de mejora grupales e individuales frente a las causales de glosa. | ACTUAR | INDICADOR: PORCENTAJE DE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS: (Acciones de mejora ejecutadas / acciones de mejora formuladas) x 100 | 90 | Plan de mejoramiento e Informe de acciones de mejora implementadas. | Disminución de las causas de glosas a través de un Plan de Mejoramiento. | MAYO | DICIEMBRE | Profesional Especializado area de la salud (glosas) | Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad |
| OBJETIVO ESPECIFICO 3 | | | | | | | | | | |
| 3 | GESTIONAR RECURSOS PARA LA REPOSICIÓN, AMPLIACIÓN Y DOTACIÓN DE LAS IPS'S QUE HACEN PARTE DE LA RED DE PRESTACION DE SERVICIOS. | | INDICADOR: PROPORCIÓN DE RECURSOS GESTIONADOS: Valor de los recursos gestionados para reposición, ampliación y dotación según necesidad de la organización. | 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 proyectos para la dotación y reposición de la infraestructura de las IPS's de la Red de Prestadores que lo requieran. | PLANEAR | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Proyectos formulados | De acuerdo a la necesidad de la organización | Oficio de radicación de los proyectos a los entes del nivel municipal, departamental y nacional. | Contar con la formulación de los proyectos para el mejoramiento de la Infraestructura de las IPS's que lo requieran.. | FEBRERO | DICIEMBRE | Oficina Asesora de Planeación. | _Subgerente Financiero y Comercial _Subgerente de Salud e Investigación _Secretario General _Direcciones Operativas de Red |
| 3.2 | Realizar seguimiento de los recursos, una vez inicie la ejecución de los proyectos. | HACER | INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN PARA LA GESTIÓN (Recursos ejecutados y/o comprometidos / Recursos asignados) x 100 | 100 | Informes de interventoria y/o supervisión. | Fortalecimiento de la productividad a través de la gestión de recursos orientados a la reposición, ampliación y dotación de determinados prestadores | ENERO | DICIEMBRE | Subgerencia Financiera y Comercial. | _Subgerente Financiero y Comercial _Subgerente de Salud e Investigación _Secretario General _Direcciones Operativas de Red |
| OBJETIVO ESPECIFICO 4 | | | | | | | | | | |
| 4 | FORTALECER LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO. | | INDICADOR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO: (Actividades del PMH con cumplimiento / Total de actividades del PMH programadas) x 100 | MAYOR O IGUAL AL 90% | _ Informe de actividades del PMH desagradado por componentes | _ IPS con ejecución del PMH que contribuyen a mantener sus condiciones de servicio en optimo funcionamiento | ENERO | DICIEMBRE | Secretaria General | _Arquitecto contratista _Ingeniera Biomédica contratista _Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas |

| 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. | | | | | | | |
|---|--|--|---------------------|--|--|-------|-----------|--|--|
| 4 | FORTALECER LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO. | 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 | MAYORO IGUAL AL 90% | _ Informes periódicos de ejecución del rubro del presupuesto del PMH | _ Ejecución del 90% de los recursos asignados al presupuesto para el PMH. | ENERO | DICIEMBRE | Subgerencia Financiera y Comercial y Secretaria General. | _Arquitecto contratista _Ingeniera Biomédica contratista _Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas _Almacenista General |
| ACTIVIDADES | | PHVA | | | | | | | |
| 4.1 | Formular el Plan de Mantenimiento Hospitalario, someterlo a revisión y aprobación por el Comité Técnico y entrega al ente departamental. | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Plan 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. | | | _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. | INDICADOR: PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO: (Actividades ejecutadas del Plan de Mantenimiento Hospitalario / actividades programadas del Plan de mantenimiento hospitalario) x 100 | 90% | _ Informes de ejecución de interventoría. _ Informe de ejecución de recursos del Plan de mantenimiento hospitalario avalado y enviado | Contar con informes de seguimiento al cumplimiento de las actividades del Plan de Mantenimiento Hospitalario que facilite la identificación de causas y la toma de decisiones para alcanzar las metas. | JULIO | JULIO | Secretaria General | _Arquitecto contratista _Ingeniera Biomédica contratista _Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas, _Directores operativos. _Jefe de Planeación |
| 4.4 | Formular e implementar acciones de mejoramiento frente a las desviaciones presentadas (si se presentan) | INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO (Número de acciones de mejora realizadas / Número de acciones de mejora programadas) x 100 | 100% | 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 ESPECIFICO 5 | | | | | | | | | |
| 5 | IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO | 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 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-----|---|--|---------|------------|------------------------------------|---|
| 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. | | | | | | | | |
| 5.1 | Efectuar el seguimiento al cumplimiento de Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. Vigencia 2018 | VERIFICAR | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Informes de Monitoreo y Seguimiento al cumplimiento del PSFF | 4 | Informes radicados en el IDSN y Matrices diligenciadas en el CHIP, Según programación establecida por el IDSN | Informe que permita el análisis del desarrollo de las medidas contenidas en el PSFF | ENERO | DICIEMBRE | Subgerencia Financiera y Comercial | Equipo Directivo, Directores Operativos de Red y Jefes de Dependencia. |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 6 | | | | | | | | | | |
| 6 | MEJORAR EL PROCESO GERENCIA FINANCIERA A TRAVÉS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2015. | | CUMPLIMIENTO: Certificación en ISO 9001:2015 | 100 | Certificación en ISO 9001:2015 | Certificarse en la norma ISO 9001:2015 ante el ICONTEC. | ENERO | SEPTIEMBRE | Subgerencia Financiera y Comercial | _Equipo de la Subgerencia Financiera y comercial. _Profesional especializado area de la salud. |
| 6.1 | Revisar, actualizar y aprobar el proceso Gerencia Financiera junto a sus procedimientos e indicadores. | PLANEAR | CUMPLIMIENTO: Acto administrativo mediante el cual se actualiza, aprueba y adopta el Proceso Gerencia Financiera. | 1 | _Acto administrativo _Fichas de proceso y procedimientos tramitados | Aprobar el proceso Gerencia Financiera junto a los procedimientos presupuesto, facturación, radicación de cuentas, ingresos, egresos, glosas, auditoria a cuentas de cobro, cartera, estados financieros, avances y anticipos, causación de gastos, cajas menores. | FEBRERO | JUNIO | Subgerencia Financiera y Comercial | _Equipo de la Subgerencia Financiera y comercial. _Profesional especializado area de la salud. |
| 6.2 | Implementar el proceso de Gerencia Financiera de conformidad a lo planteado. | HACER | CUMPLIMIENTO Informes de implementación. | 1 | _Actas _Reportes _Registros de asistencia _Comunicaciones oficiales | Aplicar el proceso Gerencia Financiera de conformidad a lo planteado. | FEBRERO | DICIEMBRE | Subgerencia Financiera y Comercial | _Equipo de la Subgerencia Financiera y comercial. _Profesional especializado area de la salud. |
| 6.3 | Realizar seguimiento al proceso Gerencia Financiera, junto a los procedimientos e indicadores que lo conforman | VERIFICAR | CUMPLIMIENTO Informe presentado. | 1 | _Informe de indicadores del desempeño del proceso | Cumplir con las actividades planteadas en el proceso Gerencia Financiera | MARZO | JUNIO | Subgerencia Financiera y Comercial | _Equipo de la Subgerencia Financiera y comercial. _Profesional especializado area de la salud. |
| 6.4 | Establecer oportunidades de mejora si existen desviaciones. | ACTUAR | CUMPLIMIENTO Plan de mejoramiento establecido | 1 | _Plan de mejoramiento suscrito | Certificación en ISO 9001:2015 | JUNIO | JUNIO | Subgerencia Financiera y Comercial | _Equipo de la Subgerencia Financiera y comercial. _Profesional especializado area de la salud. |

Para las actividades que terminan en el mes de diciembre, se entiende como fecha límite de ejecución el 15 de diciembre. Los informes de consolidados de cumplimiento POA se deben presentar hasta el 21 de Diciembre de 2018.

| | |
|--|---|
| <p>Formulado y Revisado por: <u>ORIGINAL FIRMADAS</u> 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</p> | <p>Aprobado por: <u>ORIGINAL FIRMADA</u> ANA BELÉN ARTEAGA TORRES Gerente.</p> |
|--|---|

**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 2018</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 2018 | Satisfacción de Usuarios. | ENERO | DICIEMBRE | Profesional Universitario SIAU | Auxiliar SIAU sede administrativa y Redes, Directores Operativos y Subgerencia Salud. | | |
| ACTIVIDADES | | | | | | | | | | |
| 1.1 | Generar el resultado final de satisfacción de la vigencia 2017 para determinar viabilidad de meta para la vigencia 2018 (Enero). | PLANEAR | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Informe final de satisfacción de Usuarios 2017. | 1 | _Comunicación oficial e Informe mediante la cual se da a conocer la satisfacción de usuarios de la vigencia 2017, como línea de base de referencia para la vigencia 2018. | Contar con 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. |
| 1.2 | Desplegar los resultados de satisfacción de usuarios de la vigencia 2017 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 2017 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 | FEBRERO | 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 desiciones 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: <u>INFORME TRIMESTRAL DE PQSF</u> (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 desiciones 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 oportunamente / Número de PQSF presentadas en el trimestre) x 100 | 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
2018

**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 2018. | 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. | FEBRERO | FEBRERO | 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. | JUNIO | JULIO | 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 | | PHVA | | | | | | | | |
| 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 | Realizar la programación del Plan de ventas anual de la población usuaria de los servicios. | 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
2018**

**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 del plan de ventas de atenciones a la población usuaria de los servicios. | 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. | ENERO | DICIEMBRE | Directores Operativos en cada Red. | Subgerencia de Salud e Investigación. |
| 3.3 | Realizar seguimiento al plan de ventas. | VERIFICAR | (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 al Plan de ventas. | 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. |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 4 | | | | | | | | | | |
| 4 | MEJORAR LOS PROCESOS ATENCIÓN A USUARIOS Y PARTICIPACIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2015. | | CUMPLIMIENTO: Certificación en ISO 9001:2015 | 100 | Certificación en ISO 9001:2015 | Certificarse en la norma ISO 9001:2015 ante el ICONTEC. | ENERO | SEPTIEMBRE | Profesional Universitario SIAU | Auxiliares SIAU, Directores Operativos y Subgerencia de Salud e Investigación. |
| 4.1 | Revisar, actualizar y aprobar los procesos de atención al usuario y participación social junto a los procedimientos e indicadores que lo conforman. | PLANEAR | CUMPLIMIENTO: Acto administrativo mediante el cual se actualizan, aprueban y adoptan los Procesos de atención a usuarios y participación social. | 1 | _Acto administrativo _Fichas de proceso y procedimientos tramitados | Aprobar el proceso Atención a usuarios junto a los procedimientos medición de satisfacción a usuarios; gestión a las peticiones, quejas, sugerencias y felicitaciones; y, participación comunitaria. | FEBRERO | JUNIO | Profesional Universitario SIAU | Auxiliares SIAU, Directores Operativos y Subgerencia de Salud e Investigación. |
| 4.2 | Implementar los procesos de atención a usuarios y participación social de conformidad a lo planteado. | HACER | CUMPLIMIENTO Informes de implementación. | 1 | _Actas _Reportes _Registros de asistencia _Comunicaciones oficiales | Aplicar el proceso atención a usuarios y participación social de conformidad a lo planteado. | FEBRERO | DICIEMBRE | Profesional Universitario SIAU | Auxiliares SIAU, Directores Operativos y Subgerencia de Salud e Investigación. |
| 4.3 | Realizar seguimiento al proceso atención a usuarios y participación social, junto a los procedimientos e indicadores que lo conforman. | VERIFICAR | CUMPLIMIENTO Informe presentado y auditoria. | 1 | _Informe de indicadores del desempeño del proceso | Cumplir con las actividades planteadas en el proceso atención a usuarios y participación social. | MARZO | JUNIO | Profesional Universitario SIAU | Auxiliares SIAU, Directores Operativos y Subgerencia de Salud e Investigación. |
| 4.4 | Establecer oportunidades de mejora si existen desviaciones. | ACTUAR | CUMPLIMIENTO Plan de mejoramiento establecido | 1 | _Plan de mejoramiento suscrito | Certificación en ISO 9001:2015 | JUNIO | JUNIO | Profesional Universitario SIAU | Auxiliares SIAU, Directores Operativos y 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 2018.

Formulado y Revisado por:

ORIGINAL FIRMADAS

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 DÍAZ 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:

ORIGINAL FIRMADA
 ANA BELÉN ARTEAGA TORRES
 Gerente.

**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. |
| ACTIVIDADES | PHVA | | | | | | | |
| 1.1 Formular el Plan Institucional de Capacitación, desagregado en capacitación. | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Acto administrativo de aprobacion PIC 2018 | 1 | _PIC 2018 firmado _Acto administrativo | Contar con el Plan Institucional de Capacitación 2018 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 en el primer semestre / total de actividades programadas en el primer semestre) x 100 | 90 | Informes de capacitación, registros, Actas. Informe de seguimiento consolidado. | Contar con un informe que permita evaluar el cumplimiento del Plan Insitucional de Capacitación y establecer oportunidades de mejora. | MARZO | DICIEMBRE | Jefe Oficina Asesora de Talento Humano | Grupo de Gestion del Talento Humano |
| 1.3 Realizar seguimiento a la ejecución del Plan de Capacitación vigencia 2018, con corte a Junio. Consolidar informe de seguimiento y resultados (Cumplimiento, coberturas). | 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 |
| 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) | | | | | | | | |
| 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 Aprobar la metodología de evaluación de competencias laborales al personal de Pasto Salud ESE. | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Documento metodológico aprobado | 1 | Acto administrativo mediante el cual se aprueba la metodología de competencias laborales. | Contar con una metodología para realizar la evaluación de competencias. | FEBRERO | ABRIL | 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. | MAYO | JUNIO | 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 2018-2019) | 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. | JULIO | DICIEMBRE | Asesor de Talento Humano | Grupo de gestión de Talento Humano |
| OBJETIVO ESPECIFICO 3 | | | | | | | | |

| ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL | | 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 ESTRATÉGICO 2017 - 2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 75% | 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 | Elaborar y ejecutar el plan de mejoramiento ante los resultados obtenidos en Clima Organizacional (Para las vigencias 2018-2019). | INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: (Numero de actividades ejecutadas / Numero de actividades programadas) x 100 | 90 | Informe de cumplimiento del Plan de mejoramiento. | Plan de mejoramiento | FEBRERO | DICIEMBRE | Asesor de Talento Humano | Grupo de gestión de Talento Humano |
| 3.2 | Alcanzar un porcentaje mayor al 90% en las variables con menor aceptación: Administración del Talento Humano, Comunicación e Integración, Colaboración y Trabajo en Equipo y Ambiente Físico. | INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: (Número de actividades ejecutadas/número de actividades programadas) x 100. (Número de variables con aceptación mayor o igual al 90% / Total variables)*100 | 90 | Informe de cumplimiento del Plan de mejoramiento. | 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 del Talento Humano, Subgerente de Salud e Investigación, Secretaria General, Directores Operativos, Oficina Asesora de Planeación, Oficina de Comunicaciones y Sistemas. |
| 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 | Hacer un seguimiento al plan de mejoramiento ante los resultados obtenidos para la siguiente vigencia. | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO Número de actividades con cumplimiento/número de actividades programadas*100 | 100% | Informe | El 90% de los clientes internos se encuentren satisfechos en relación al clima organizacional | DICIEMBRE | DICIEMBRE | Asesor de Talento Humano | Grupo de gestión de Talento Humano |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 4 | | PHVA | | | | | | | |
| 4 | DETERMINAR E IMPLEMENTAR UN PROCESO PARA LA VINCULACIÓN DEL TALENTO HUMANO. | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Implementación de la Planta Temporal | 1 | Documento firmado por el Gerente y el Asesor de Talento Humano. | Implementar el estudio de factibilidad para la vinculación del Talento Humano. Contar con el talento humano que haga parte de la planta temporal. | JULIO | DICIEMBRE | Asesor de Talento Humano | Direcciones Operativas de Red, Subgerencia de salud e investigaciones y Subgerencia Financiera y comercial. |
| ACTIVIDADES | | PHVA | | | | | | | |
| 4.1 | Verificar la normatividad vigente y aplicable a las Empresas Sociales del Estado para la vinculación del personal de la planta temporal. | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Concepto jurídico respecto a la normatividad aplicable en relación con la vinculación del personal de la planta temporal. | 1 | Documento firmado por el Asesor de Talento Humano. | Concepto jurídico avalado por Gerencia. | FEBRERO | JUNIO | Asesor de Talento Humano y Jefe Oficina Asesora Jurídica. | Direcciones Operativas de Red, Subgerencia de salud e investigaciones y Subgerencia Financiera y comercial. |

| 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. | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-----|---|---|-----------|------------|--|---|
| 4.2 | Realizar un plan de trabajo para la vinculación del personal de la Planta Temporal. | PLANEAR | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Plan para ejecutar la vinculación de la Planta Temporal. | 1 | Documento firmado por el Gerente y el Asesor de Talento Humano. | Plan de vinculación aprobado y socializado. | FEBRERO | JUNIO | Directores Operativos y Asesor de Talento Humano | Directores Operativos, Jefe de Area y de oficina. |
| 4.3 | Implementación del Plan de Trabajo de vinculación de la Planta Temporal. | HACER | INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Documentos de vinculación (Resoluciones de nombramiento y Actas de posesión) | 1 | Documentos de vinculación | Talento humano vinculado a la planta temporal | JULIO | DICIEMBRE | Asesor de Talento Humano | Oficina Juridica |
| 4.4 | Hacer un estudio a la implementación de la planta temporal de acuerdo al plan. | VERIFICAR | INFORME DE CUMPLIMIENTO: Informe de estudio a la implementación de la planta temporal. | 1 | Documento firmado por el Gerente y el Asesor de Talento Humano. | Contar con un análisis que permita verificar si la implementación de la planta temporal es más favorable en relación con el modelo anterior de contratación a fin de prorrogar la continuación del personal de la Planta Temporal de la Empresa, para la vigencia 2019. | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | Oficina Juridica | Asesor de Talento Humano, Direcciones Operativas de Red, Subgerencia de salud e investigaciones y Subgerencia Financiera y comercial. |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 5 | | | | | | | | | | |
| 5 | MEJORAR EL PROCESO GERENCIA DEL TALENTO HUMANO A TRAVÉS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2015. | | CUMPLIMIENTO: Certificación en ISO 9001:2015 | 100 | Certificación en ISO 9001:2015 | Certificarse en la norma ISO 9001:2015 ante el ICONTEC. | ENERO | SEPTIEMBRE | Asesor de Talento Humano | _Grupo de gestión de Talento Humano - Gerencia. _Profesional especializado en area de la salud. |
| 5.1 | Revisar, actualizar y aprobar el proceso Gerencia de Talento Humano junto a sus procedimientos e indicadores. | PLANEAR | CUMPLIMIENTO: Acto administrativo mediante el cual se actualiza, aprueba y adopta el Proceso Gerencia del Talento Humano. | 1 | _Acto administrativo _Fichas de proceso y procedimientos tramitadas | Aprobar el proceso Gerencia del Talento Humano junto a los procedimientos planeación del talento humano, selección y vinculación del talento humano, Gestión del conocimiento, bienestar laboral y seguridad y salud en el trabajo, evaluación del desempeño y mejoramiento de las competencias; y administración del Talento Humano. | FEBRERO | JUNIO | Asesor de Talento Humano | _Grupo de gestión de Talento Humano - Gerencia _Profesional especializado en area de la salud. |
| 5.2 | Implementar el proceso de Gerencia del Talento Humano de conformidad a lo planteado. | HACER | CUMPLIMIENTO Informes de implementación. | 1 | _Actas _Reportes _Registros de asistencia _Comunicaciones oficiales | Aplicar el proceso Talento Humano de conformidad a lo planteado. | FEBRERO | DICIEMBRE | Asesor de Talento Humano | _Grupo de gestión de Talento Humano - Gerencia _Profesional especializado area de la salud. |
| 5.3 | Realizar seguimiento al proceso Gerencia del Talento Humano, junto a sus procedimientos e indicadores que lo conforman | VERIFICAR | CUMPLIMIENTO Informe presentado y auditoria. | 1 | _Informe de indicadores del desempeño del proceso _Informe de auditoria de la Oficina de Control Interno | Cumplir con las actividades planteadas en el proceso Gerencia del Talento Humano | MARZO | JUNIO | Asesor de Talento Humano | _Grupo de gestión de Talento Humano - Gerencia _Profesional especializado area de la salud.. |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--------------------------------|--------------------------------|-------|-------|--------------------------|---|
| 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. | | | | | | | | |
| 5.4 | Establecer oportunidades de mejora si existen desviaciones. | ACTUAR | CUMPLIMIENTO Plan de mejoramiento establecido | 1 | _Plan de mejoramiento suscrito | Certificación en ISO 9001:2015 | JUNIO | JUNIO | Asesor de Talento Humano | _Grupo de gestión de Talento Humano - Gerencia _Profesional especializado area de la salud.. |

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|-----------|--|----|---|---|------------|------------|---|----------------------------|
| OBJETIVO ESPECÍFICO 6 | | | | | | | | | | |
| 6 | FORTALECER EL DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO, MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR SOCIAL ORIENTADAS A SATISFACER LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS IDENTIFICADAS. | | INDICADOR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ANUAL DEL PLAN DE BIENESTAR SOCIAL: (Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas) x 100 | 90 | _Actas, registros, informes de ejecución o seguimiento. | Alcanzar el 90% en cumplimiento del Plan de Bienestar Social Laboral. | FEBRERO | DICIEMBRE | Grupo de gestión de Talento Humano - Gerencia | Comité de Bienestar Social |
| 6.1 | Formular el Plan de Bienestar Social Laboral de Pasto Salud ESE vigencia 2018 de acuerdo a las necesidades de los funcionarios de la Institución y de conformidad con la normatividad vigente. | PLANEAR | CUMPLIMIENTO Plan de Bienestar Social Laboral formulado y aprobado mediante acto administrativo. | 1 | _Acto administrativo. _Informe Resultados de la encuesta para la detección de necesidades de Bienestar Social. | Plan de Bienestar Social Laboral vigencia 2018, enfocado a fortalecer los aspectos débiles y priorizados de las necesidades del talento humano. | FEBRERO | JUNIO | Grupo de gestión de Talento Humano - Gerencia | Comité de Bienestar Social |
| 6.2 | Ejecutar las actividades contenidas en el Plan de Bienestar Social Laboral 2018. | HACER | INDICADOR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE BIENESTAR SOCIAL: (Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas) x 100 | 90 | _Actas, registros, informes de ejecución o seguimiento. | Alcanzar el 90% en cumplimiento del Plan de Bienestar Social Laboral. | JULIO | DICIEMBRE | Grupo de gestión de Talento Humano - Gerencia | Comité de Bienestar Social |
| 6.3 | Realizar seguimiento a la ejecución del Plan de Bienestar Social Laboral vigencia 2018 con corte a septiembre. Consolidar informe de seguimiento y resultados (cumplimiento y cobertura), para presentar ante Gerencia. | VERIFICAR | CUMPLIMIENTO: Informe de seguimiento consolidado presentado a Gerencia. | 1 | Acta de seguimiento al Plan de Bienestar Social. | Informe de ejecución o seguimiento. | SEPTIEMBRE | SEPTIEMBRE | Grupo de gestión de Talento Humano - Gerencia | Comité de Bienestar Social |
| 6.4 | Definir acciones de mejora tendientes a corregir las desviaciones que se detecten en el informe de seguimiento del Plan de Bienestar 2016. (Aplica cuando el resultado es menor al esperado) | ACTUAR | CUMPLIMIENTO: Documento de acciones de mejora para cumplimiento y cobertura del Plan de Bienestar Social Laboral | 1 | Actas, registros, comunicaciones oficiales. | Acciones de mejoramiento definidas a fin de garantizar el cumplimiento de las metas, cuando existan desviaciones. | SEPTIEMBRE | DICIEMBRE | Grupo de gestión de Talento Humano - Gerencia | Comité de Bienestar Social |

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 2018.

| | |
|--|--|
| Formulado y Revisado por: ORIGINAL FIRMADAS ANGELA MELO RIVERA, Secretario General MARIA EUGENIA BURBANO, Subgerente Financiero y Comercial ANGÉLICA MARÍA DELGADO SOLÍS, Asesor de Talento Humano JOSÉ ANDRÉS CHÁVEZ PAZ, Profesional universitario Talento Humano | Aprobado por: ORIGINAL FIRMADA ANA BELÉN ARTEAGA TORRES Gerente |
|--|--|