



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

# **INFORME PLANES OPERATIVOS ANUALES**

## **VIGENCIA I SEMESTRE DE 2020**

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL  
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

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 ESPECÍFICO	INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
				INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
<b>ACTIVIDADES</b>	PHVA									
1	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  <b><u>(449 / 473) x 100 = 95%</u></b>	90	Informe Clima Organizacional	ENERO	FEBRERO	Asesor Grupo de Gestión de Talento Humano	Grupo de Gestión del Talento Humano	100	Se evidencia una notable superación en todas las categorías que competen al clima organizacional, lo que demuestra los resultados favorables de las políticas y programas desarrollados con ese objetivo, especialmente en las áreas del bienestar social, clima organizacional, formas de dirección y liderazgo, mejoras ambientales, comunicación e integración entre otras. Lo anterior ha permitido cumplir además con las metas y objetivos estratégicos de la organización, expresadas en su Plan de Desarrollo Institucional 2017-2020.
<b>ACTIVIDADES</b>	PHVA									
1.2	Aplicar el procedimiento para el estudio de clima organizacional,	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Informe de resultado del estudio de clima organizacional	1	Soporte del despliegue del estudio de clima organizacional	ENERO	FEBRERO	Gerente Asesor Grupo de Gestión de Talento Humano	Grupo de Gestión del Talento Humano	N.A	
1.3	Priorizar las actividades de acuerdo al informe de resultados del procedimiento, que permitan mejorar el clima organizacional de la empresa para ser incluidas e intervenidas través del Plan Institucional de Capacitación, Plan de Bienestar Social e Incentivos y otros mecanismos que se definan si es requerido.	Informe de Temas priorizados para intervenir en el Plan de Capacitación, Bienestar Social e incentivos y otros mecanismos que se definan si es requerido.	1	Temas priorizados presentados en el informe de clima organizacional.	ENERO	FEBRERO	Gerente Asesor Grupo de Gestión de Talento Humano	Grupo de Gestión del Talento Humano	N.A	Todas las categorías superan el 90%, por lo tanto no amerita el establecimiento de acciones de mejora

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL  
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

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 ESPECÍFICO		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
<b>ACTIVIDADES</b>		PHVA								
1.4	Implementar las actividades priorizadas en el Plan Institucional de Capacitación, Plan de Bienestar Social e Incentivos y otros mecanismos que se definan si es requerido.	HACER	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Porcentaje de cumplimiento de las actividades priorizadas = (Actividades priorizadas / actividades intervenidas) x 100	90	Reporte Anual - matriz de gestión y Desempeño del Indicador	ENERO	DICIEMBRE	Gerente Asesor Grupo de Gestión de Talento Humano	Grupo de Gestión del Talento Humano	N.A
1.5	Verificar la realización de las actividades priorizadas y definir acciones de mejora enfocadas al cumplimiento de las metas. (Cuando hay desviación negativa o desfavorable)	VERIFICAR / ACTUAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Reporte de Oportunidad de Mejora	1	Plan de mejora suscrito	JULIO	AGOSTO	Asesor Grupo de Gestión de Talento Humano	Grupo de Gestión del Talento Humano	N.A
2	ALCANZAR UN CUMPLIMIENTO DEL 90% EN LOS PROCESOS DE <u>CAPACITACIÓN</u> 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  <b><u>(23/27) x 100= 85%</u></b>	90	Matriz de seguimiento y control	ENERO	DICIEMBRE	Asesor Grupo de Gestión de Talento Humano	Grupo de Gestión del Talento Humano Directores Operativos Secretaría General Jefes de Dependencia.	<b>85</b> En el mes de enero se realizo capacitacion presencial, y por el motivo de contingencia de Salud Publica COVID-19, las capacitaciones se realizaron virtualmente en cuatro despliegues
<b>ACTIVIDADES</b>		PHVA								

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL  
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

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 ESPECÍFICO	INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
				INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PHVA</b>								
2.1 Formular el Plan Institucional de Capacitación de acuerdo a las necesidades de la Empresa y la normatividad vigente.	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Acto administrativo de aprobación PIC 2020	1	PIC 2020 firmado Acto administrativo	ENERO	ENERO	Asesor Grupo de Gestión de Talento Humano	Gerente Grupo de Gestión del Talento Humano Líderes de los ejes transversales de acreditación: humanización, gestión del riesgo, seguridad del paciente, gestión de la tecnología.	100	Aprobado mediante Resolución No. 085 del 29 de enero de 2020
2.2 Ejecutar las actividades establecidas en el Plan Institucional de capacitación	INDICADOR: PORCENTAJE DE AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DEL PIC:	90	Registros de capacitación matriz Plan Institucional de capacitación.	JULIO	JULIO	Asesor Grupo de Gestión de Talento Humano	Grupo de Gestión del Talento Humano Comisión de Personal	85	
2.3 Realizar seguimiento a la ejecución del Plan de Capacitación vigencia 2020, con corte a Junio Consolidar informe de seguimiento y resultados (Cumplimiento, coberturas).	(Número de actividades ejecutadas en el semestre / total de actividades programadas en el semestre) x 100 = 85%		Matriz de seguimiento y control						
2.4 Analizar las desviaciones encontradas en la ejecución del plan y definir acciones de mejora enfocadas al cumplimiento de las metas. (Cuando hay desviación negativa o desfavorable)	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Reporte de Oportunidad de Mejora	1	Plan de mejora suscrito	AGOSTO	AGOSTO	Asesor Grupo de Gestión de Talento Humano	Grupo de Gestión del Talento Humano	N.A	

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL  
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

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 ESPECÍFICO	INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
				INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PHVA</b>								
2.5 Implementar el Plan de mejoramiento	HACER INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: ( Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas ) x 100	100	Informe de ejecución del Plan de Mejoramiento.	AGOSTO	DICIEMBRE	Asesor Grupo de Gestión de Talento Humano	Grupo de Gestión del Talento Humano	N.A	
3 <u>MEJORAR EN UN 5% LAS COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO CON ENFASIS EN HABILIDADES Y DESTREZAS.</u>	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO  (Número de servidores públicos que cumplen las competencias establecidas en el año 2020 - Número de servidores públicos que cumplen las competencias en el año 2019 / Número de servidores públicos que cumplen con las competencias establecidas en el año 2019) x 100	1,25	Informe	ENERO	DICIEMBRE	Asesor Grupo de Gestión de Talento Humano	Grupo de Gestión del Talento Humano	0	
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PHVA</b>								
3.2 Aplicar el MODELO de evaluación de competencias al personal de Pasto Salud ESE.	HACER VERIFICAR INDICADOR: COBERTURA (Número de Personas con evaluación de competencias / Población objetivo ) x 100	90	Informe de evaluación de competencias.	MARZO	ABRIL	Asesor Grupo de Gestión de Talento Humano	Grupo de Gestión del Talento Humano	0	Una vez la propuesta de Modelo de gestion por competencias sea aprobado se realizara el respectivo Plan de Accion dentro del cual esta su aplicación

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL  
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

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 ESPECÍFICO	INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
				INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
<b>ACTIVIDADES</b>	PHVA								
<b>3.3</b> Establecer Plan de mejoramiento para los servidores públicos que no cumplen con las competencias	ACTUAR PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO:  (Número de servidores públicos que cumplen las competencias / número de servidores públicos que no cumplen las competencias laborales despues de la aplicación del protocolo) x 100	90	Plan de mejora suscrito	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE	Asesor Grupo de Gestión de Talento Humano	Grupo de Gestión del Talento Humano	N.A	

**FORMULADO Y REVISADO POR:**

**APROBADO POR:**

**NOMBRE**

HERNAN ERAZO FOLLECO

**CARGO**

Asesor Grupo de Gestión de Talento Humano

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES

**GERENTE**

	No.	sumatoria
METAS CUMPLIDAS AL 100%	2	200
METAS CUMPLIDAS PARCIALMENTE	1	85
METAS NO CUMPLIDAS	1	0
TOTAL METAS A CUMPLIR	4	285
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	<b>71,3</b>	

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO**

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

OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
				INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
<b>ACTIVIDADES</b>	PHVA									
1	MANTENER EL INDICE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO MAYOR O IGUAL AL 90% EN CADA VIGENCIA		INDICADOR: <u>INDICE DE SATISFACCIÓN GLOBAL 2020</u>  (Número de usuarios satisfechos / Número Total de usuarios encuestados) x 100 = <b>88,35%</b>	90	_Comunicación oficial e informe mediante la cual se da a conocer la satisfacción de usuarios en la vigencia 2019 _Matriz de Gestión y desempeño del Indicador	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Auxiliar SIAU sede administrativa y Redes, Directores Operativos y Subgerencia Salud.	<b>88,35</b>  I trimestre = 344/425 = 80% II Trimestre = 354/365 = 97% Total I semestre = 88,35%
<b>ACTIVIDADES</b>	PHVA									
1.1	Realizar la medición trimestral de satisfacción de usuarios y Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones de la vigencia	HACER	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Número de informes presentados	4	_Comunicación oficial e Informe de satisfacción de usuarios trimestral	ENERO	Diciembre	Profesional Universitario SIAU	Auxiliar SIAU sede administrativa y Redes	<b>100</b>  El informe de PQRSF y satisfacción de usuarios del I trimestre se presento mediante comunicación oficial por correo eletronico insitucional el 14 de mayo de 2020 dirigido a control interno.  Se presentaron los informes de PQRSF y de satisfacción de usuarios del II trimestre el 13 de agosto de 2020. Informe presentado mediante nota interna 1430 de fecha 13 de agosto dirigido a la subgerencia de salud de investigación.
1.2	Medir el tiempo de respuesta a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones	HACER	INDICADOR TIEMPO PROMEDIO DE RESPUESTA DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS (MENSUAL CON SEGUIMIENTO TRIMESTRAL).  Sumatoria del tiempo de respuesta (fecha en la cual se apertura el buzón y fecha de respuesta) en cada Petición, Queja, Reclamos presentada en el trimestre <b>(1.510)</b> / Número total de quejas presentadas en el trimestre <b>(209)</b> x 100 = <b>7,2 dias</b>	15	Matriz de Gestión y Desempeño del indicador.  Formato 439: Consolidado y seguimiento de PQRSF tramitado	ENERO	Diciembre <b>** (Nota)</b>	Profesional Universitario SIAU	Auxiliares SIAU de las Redes	<b>100</b>

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		Mejorar la satisfacción y lealtad de la población usuaria, a través de procesos institucionales que respondan a sus necesidades y expectativas.									
OBJETIVO ESPECÍFICO		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
<b>ACTIVIDADES</b>	PHVA										
1.3	VERIFICAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Número de sesiones de trabajo realizadas	4	_Registro de asistencia _Acta	ENERO	DICIEMBRE	Subgerente de Salud e Investigación Profesional Universitario SIAU	Auxiliar SIAU sede administrativa Directores Operativos Auxiliares SIAU Redes Operativas	0		
1.4	ACTUAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Plan de mejoramiento suscrito	1	_Registro de asistencia _Acta	ENERO	DICIEMBRE	Subgerente de Salud e Investigación Profesional Universitario SIAU	Auxiliar SIAU sede administrativa Directores Operativos Auxiliares SIAU Redes Operativas	N.A		
2.		INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Número de reuniones realizadas.	4	_Actas	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Auxiliares SIAU, Directores Operativos y Subgerencia Salud e Investigación.	N.A	Por el problema de la pandemia del Covi 19 se suspendió la realización del Primer Taller de capacitación programado con las Asociaciones de usuarios el 28 de marzo, igualmente se suspendieron las reuniones de apertura de buzones.	
		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					N.A		

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		Mejorar la satisfacción y lealtad de la población usuaria, a través de procesos institucionales que respondan a sus necesidades y expectativas.									
OBJETIVO ESPECÍFICO		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
ACTIVIDADES		PHVA			INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
2.1	Concertar y documentar el plan de trabajo que incluye reuniones, temáticas a tratar y renovación de las asociaciones de usuarios según el vencimiento de periodos en la vigencia 2019.	PLANEAR	INDICADOR <u>PLANES DE TRABAJO CONCERTADOS</u> (Número de asociaciones de usuarios con plan de trabajo concertado / Número de Asociaciones vigentes) x 100	100	_Plan de trabajo suscrito con cada asociación de usuarios	FEBRERO	FEBRERO	Profesional Universitario SIAU	Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos.	100	Se logró concertar con Cada una de las las 22 asociaciones de usuarios el Plan de de actividades a realizar donde se contemplan las asiguientes actividades: 1. Cronograma anual de reuniones apertura de buzón 2.Talleres de capacitación 3. Información y educación a usuarios en derechos y deberes y otros. 4.Manejo e información de cartelera. 5 Seguimiento a respuestas de PQRSF. 6 Informe de Rendición de cuentas.EVIDENCIAS: Actas- Informe consolidado a Subgerencia de Salud e Investigación( Huella Electrónica)
2.2	Implementar los Planes de trabajo concertados con las asociaciones de usuarios	HACER	INDICADOR <u>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO</u> (Número de actividades cumplidas del plan de trabajo / Número de actividades programadas) x 100	90	_Informe de seguimiento a ejecución de acciones contenidas en el plan de trabajo (actas, memorias, registro de asistencia, evaluación de la actividad, registro fotográfico)	FEBRERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Auxiliares SIAU, Directores Operativos y Subgerencia de Salud e Investigación.	N.A	Suspendidas las actividades del plan de trabajo por la emergencia sanitaria
2.3	Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de trabajo de cada asociación de usuarios.	VERIFICAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Informe de seguimiento a los planes de trabajo	1	_Comunicación oficial de seguimiento	JULIO	JULIO	Profesional Universitario SIAU	Directores Operativos y Subgerencia de Salud e Investigación.	N.A	
2.4	Formular e implementar acciones de mejora cuando existan desviaciones.	ACTUAR	INDICADOR <u>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORA</u> (Número de acciones de mejora cumplidas / Número de acciones de mejora formuladas) x 100	90	_Plan de mejora formulado	JULIO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Directores Operativos y Subgerencia de Salud e Investigación.	N.A	

	INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL				
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO		CÓDIGO	NUM
	6.0	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		DE-IPO	143

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**  
**OBJETIVO ESTRATÉGICO** Mejorar la satisfacción y lealtad de la población usuaria, a través de procesos institucionales que respondan a sus necesidades y expectativas.

OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
				INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
<b>ACTIVIDADES</b>	PHVA								
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 3</b>									
3.1 Realizar la programación del Plan de ventas anual de la población usuaria de los servicios.	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Programación establecida	1	_Documento de programación.	ENERO	ENERO	Directores Operativos en cada Red.	Subgerencia de Salud e Investigación.	100	

FORMULADO Y REVISADO POR:				APROBADO POR:	
NOMBRE	NOHORA CECILIA ESPINOSA PÉREZ	CARGO	Subgerente de Salud e Investigación	ANA BELÉN ARTEAGA TORRES GERENTE	
NOMBRE	MARÍA NELCY IBARRA ALVAREZ	CARGO	Profesional universitario		
NOMBRE	LIDIA MARÍA DESCANCE CRUZ	CARGO	Auxiliar Area de la Salud		

	No.	sumatoria
METAS CUMPLIDAS AL 100%	4	400
METAS CUMPLIDAS PARCIALMENTE	2	174,67
METAS NO CUMPLIDAS	1	0
TOTAL METAS A CUMPLIR	7	574,67
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	82,1	

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**  
**OBJETIVO ESTRATÉGICO**

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 ESPECÍFICO	INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
				INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
<b>ACTIVIDADES</b>	PHVA								
<b>1</b> GENERAR EQUILIBRIO PRESUPUESTAL ENTRE EL GASTO COMPROMETIDO Y EL RECAUDO EFECTIVO	RESULTADO DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL (Valor recaudado de ingresos en la vigencia incluyendo recaudo de Cuentas por Cobrar de Vigencias Anteriores) / (Valor de ejecución de Gastos Comprometidos incluyendo Cuentas por Pagar de Vigencias Anteriores) x 100	Mayor o igual a 1,10	Informe de Ejecución Presupuestal Anual	Enero	Diciembre	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesional Universitaria de Presupuesto	100	(42.131.640.657 / 26.638.773.112) = 1,58
<b>2</b> LOGRAR UNA UTILIDAD NETA DEL 5% EN EL PERIODO DE GESTION	Utilidad neta del periodo 473.407.583 / Ingresos del Periodo 20.473.737.673 = 2,3%	0	Estado de Resultados a 31 de diciembre de 2019	Enero	Diciembre	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesional Universitaria Contabilidad	100	Utilidad neta mayor a 0
<b>ACTIVIDADES</b>	PHVA								
<b>2.1</b> Mantener la dinámica de disminución de tiempos de radicación de cuentas de cobro en las Empresas Responsables de Pago, así: Con Contrato dentro de los primeros días de cada mes y demás aseguradoras dentro de los 15 primeros días de cada mes	Cuentas radicadas en los 15 primeros días de cada mes <b>(421)</b> / Cuentas por radicar del mes anterior <b>(421)</b> x 100 = <b>100%</b>	100	Cuentas radicadas	Enero	Diciembre	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesional Universitario Facturación, Técnico Administrativo	100	
<b>2.2</b> Mantener actualizado el estado de cartera de cada entidad responsable de pago	ERP con estado de cartera actualizado (154) / Total de ERP con deudas a favor de Pasto Salud (159) = 96,9 %	100	Sistema de Información e informes puntuales	Enero	Diciembre	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesional Universitario de Cartera, Profesional Universitario de Facturación, Profesional Universitario de Auditoría	96,9	
<b>2.3</b> Adelantar permanentemente la conciliación de saldos de cartera, presupuesto, contabilidad, tesorería y facturación, para garantizar la consistencia de la información	Conciliaciones realizadas, en el transcurso de los 12 meses	12	Sistema de Información, Informes de Tesorería, Informes de Cartera, Informes de Facturación, Estados Financieros, Informes de Ejecución Presupuestal	Enero	Diciembre	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesionales Universitarios de Cartera, Presupuesto, Contabilidad, Facturación y Tesorería	100	

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL  
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

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 ESPECÍFICO	INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
				INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
<b>ACTIVIDADES</b>	PHVA								
2.4 Gestionar el cobro y recaudo de cartera de acuerdo con la facturación por venta de servicios de salud. En el caso de que se considere necesario adelantar cobros persuasivos o jurídicos se vinculará a Tesorería y Oficina Asesora Jurídica	HACER Rotación de Cartera	Menor o Igual a 150 días	Informes de Cartera, Oficios de circularización de saldos, Actas de Conciliación con las ERP, Comunicaciones Oficiales, Acuerdos de pago	Enero	Diciembre	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesional Universitario de Cartera, Tesorero, Jefe Oficina Asesora Jurídica	100	Indicador de rotación de cartera en días Deudas por prestación de servicios de salud x No. de días del periodo Venta por prestación de servicios de salud $9.258.886.199 = 0.46 * 180 \text{ días} = \underline{83 \text{ días.}}$
2.5 Elaborar informes mensuales contables y de ejecución presupuestal, que permitan identificar desviaciones e implementar mejoras en la gestión administrativa y financiera	HACER Informes mensuales firmados y publicados en la página web institucional	12	Documentos firmados y publicados en página web	Enero	Diciembre	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesional Universitario de Presupuesto, Profesional Universitario Contabilidad	83,33	De 12 se verificó la publicación de 10, se encuentra pendiente el cargue de las ejecuciones presupuestales del mes de mayo y junio
2.6 Implementar acciones de mejoramiento	HACER Porcentaje de cumplimiento de plan de mejoramiento	90	Informes de ejecución de planes de mejoramiento y soportes	Enero	Diciembre	Subgerencia Financiera y Comercial	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencia	N.A	
3 MANTENER EL NIVEL DE GLOSA DEL AÑO 2019	INDICADOR: PORCENTAJE DE DISMINUCIÓN DE LA GLOSA DE LA VIGENCIA: Porcentaje de la glosa aceptada de la vigencia anterior (5,01%) - Porcentaje de la glosa aceptada de la vigencia actual (2,90%) = <b>2,11%</b>	Mantener el nivel de glosa	Informe anual consolidado	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Especializado área de la salud - Auditoria	Equipo de auditoria para el mejoramiento de la calidad - Direcciones Operativas de Red	100	Se mejoró reduciendo en 2,11% de la glosa en el I semestre de 2020 con relación al I semestre de 2019

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO		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 ESPECÍFICO		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
ACTIVIDADES		PHVA									
3.1	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	100%	Contratos suscritos.	ENERO	ABRIL	Subgerente de Salud e Investigación	Técnica administrativa, Profesional Especializado del área en salud - Auditoría	100	Resultados: Durante el primer cuatrimestre del año 2020, se suscribió contratos con las principales ERP del municipio de Pasto, como son Emssanar, Mallamas, Comfamiliar y Secretaria Municipal de Salud de Pasto.
3.2	Retroalimentar las causales de glosa inicial de la ERP de manera trimestral	HACER	INDICADOR: Número de reuniones de retroalimentación de glosas ejecutadas / Número de reuniones de retroalimentación de glosas programadas x 100	100%	Actas de reunión y listas de asistencia	ABRIL	DICIEMBRE	Profesional Especializado área de la salud - Auditoría	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad	100	Durante el año 2020 se ha realizado 3 reuniones de retroalimentación de glosas administrativas de Emssanar y Mallamas y una retroalimentación de glosas por pertinencia dada en el Comité de Historias clínicas.
3.3	Evaluar el porcentaje de glosa final de manera trimestral	VERIFICAR	INDICADOR: Valor de glosa final / Valor facturado por venta de servicios del periodo x 100	Menor o igual 1,9	Informe trimestral PSF	ABRIL	DICIEMBRE	Profesional Especializado área de la salud - Auditoría	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad	N.A	
3.4	Establecer acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas	ACTUAR	INDICADOR: Plan de mejoramiento	1	Planes de mejoramiento	MAYO	DICIEMBRE	Profesional Especializado área de la salud - Auditoría	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad, directores operativos de red, talento humano	N.A	
4.	GESTIONAR RECURSOS PARA REPOSICION, AMPLIACION Y DOTACION DE LAS IPS QUE HACEN PARTE DE LA RED DE PRESTACION DE SERVICIOS		Valor de los recursos gestionados para reposición, ampliación y dotación según necesidades de la organización	Fortalecimiento de la productividad	informe de gestión de recursos	Enero	Diciembre	Gerencia	Subgerente Financiero y Comercial, Subgerente Salud e Investigación, Secretaría General, Oficina Asesora de Planeación	N.A	

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL  
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

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 ESPECÍFICO	INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
				INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
<b>ACTIVIDADES</b>	PHVA								
4.1 Gestionar la incorporación al presupuesto de los recursos gestionados y efectuar seguimiento a la ejecución de los recursos	HACER (Recursos ejecutados y/o comprometidos / Recursos asignados ) x 100	100	Informes de interventoría y/o supervisión, e informe de ejecución presupuestal	Enero	Diciembre	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesional Universitario de Presupuesto, Supervisor o Interventor, Directores Operativos de Red, Oficina Asesora de Planeación	N.A	
5 FORTALECER LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO	Proporción de recursos del presupuesto destinados al Plan de Mantenimiento Hospitalario (Recursos para el Mantenimiento Hospitalario Comprometidos / Recursos asignados en el presupuesto para el mantenimiento Hospitalario (5% normativo)) x 100	Mayor o igual al 90%	Informes de ejecución de presupuestal periódicos, Informes de supervisión e interventoría	Enero	Diciembre	Secretaría General	Personal Técnico de apoyo, Supervisores de Contratos, Directores Operativos, almacenista General, Oficina Asesora de Planeación, Subgerencia Financiera y Comercial, Profesional Universitario Presupuesto	100	(1.652.053.582 / 3.338.205.791) x 100 = 49,5%
6 IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO	Porcentaje de Cumplimiento de cada medida del PSFF, vigencia 2018. Número de medidas y metas financieras cumplidas (9) / Número total de medidas y metas contenidas en el PSFF ( 9 ) x 100 = <b>100</b> %	100%	Informe Trimestral del PSFF	Enero	Diciembre	Gerencia	Equipo directivo, asesor y Profesionales Universitarios o jefes de dependencias	100	No se cumple la meta de reducción de glosa.
6.1 Efectuar Seguimiento y Monitoreo al cumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. Vigencia 2019	HACER Informes de Monitoreo y Seguimiento al PSFF	4	Informes de Monitoreo y Seguimiento al PSFF radicados en el IDSN y Matrices diligenciadas en el CHIP, según programación establecida por el IDSN	Enero	Diciembre	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesional Universitario de Presupuesto, Supervisor o Interventor, Directores Operativos de Red, Oficina Asesora de Planeación	N.A	

**FORMULADO Y REVISADO POR:**

**APROBADO POR:**

**NOMBRE** MARIO FERNANDO BRAVO CABRERA **CARGO** Subgerente Financiera y Comercial

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL  
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

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 ESPECÍFICO	INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
				INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
				<b>ACTIVIDADES</b>	PHVA				
<b>NOMBRE</b>	MIRIAM RUTH BOLAÑOS	<b>CARGO</b>	Profesional universitario presupuesto						
<b>NOMBRE</b>	DIANA CAROLINA RUEDA BENAVIDEZ	<b>CARGO</b>	Profesional universitario Cartera						
<b>NOMBRE</b>	LILIANA ISMERY GAMBOA	<b>CARGO</b>	Profesional universitario Contabilidad						ANA BELÉN ARTEAGA TORRES
<b>NOMBRE</b>	EDWIN JULIO BASTIDAS BENAVIDEZ	<b>CARGO</b>	Profesional Especializado Area de la Salud - Auditoría						<b>GERENTE</b>

	No.	sumatoria
METAS CUMPLIDAS AL 100%	9	900
METAS CUMPLIDAS PARCIALMENTE	2	180,23
METAS NO CUMPLIDAS	0	0
TOTAL METAS A CUMPLIR	11	1080,23
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	<b>98,2</b>	

		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL									
		VERSIÓN		PROCESO/SERVICIO						CÓDIGO	NUM
		6.0		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO						DE-IPO	143
<b>ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		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	INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES		
				INC	FIN	LÍDER	EQUIPO				
<b>ACTIVIDADES</b>		PHVA									
1	MANTENER 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	Mantener la certificación	Certificación en ISO 9001:2015	ENERO	DICIEMBRE	Gerente	Profesional especializado area de la salud - Calidad	N.A	Se verifica en diciembre de 2020	
<b>ACTIVIDADES</b>		PHVA									
1.1	Elaborar un Plan de trabajo que permita mantener y mejorar los procesos institucionales alineados a la norma NTC ISO 9001:2015	CUMPLIMIENTO: Plan de trabajo	1	Plan de trabajo	FEBRERO	MARZO	Jefe oficina asesora de planeación	Líderes de procesos	100	Plan de trabajo elaborado, se formuló programa y planes de auditoria en el segundo semestre.	
1.2	Implementar el plan de trabajo para mantener los requisitos de la norma ISO 9001:2015	INDICADOR: Número de acciones ejecutadas / Número de acciones programadas en el Plan x 100	Mayor o igual al 90%	Informe semestral	JULIO	DICIEMBRE	Jefe oficina asesora de planeación	Líderes de procesos	N.A		
1.3	Realizar dos auditorias internas a la norma NTC ISO 9001:2015	INDICADOR: (Número de requisitos cumplidos en el periodo / Número de requisitos evaluados) x 100	100%	Informes de auditoria	MAYO	NOVIEMBRE	Profesional Especializado área de la salud - Auditoria	Equipo de auditoria para el mejoramiento de la calidad	N.A		
1.4	Establecer acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas	CUMPLIMIENTO: Plan de mejoramiento	1	Plan de mejoramiento	JULIO	DICIEMBRE	Jefe oficina asesora de planeación	Líderes de procesos	N.A		
2	ALCANZAR UNA CALIFICACIÓN PROMEDIO DE 2,59 EN LOS DIFERENTES PAQUETES DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.	INDICADOR: Resultado de la <u>autoevaluación cuantitativa</u>	2,59	Informe de autoevaluación 2020.	ENERO	DICIEMBRE	Equipos de autoevaluación de estándares de acreditación.		N.A	La autoevaluación del año 2019, fue de 3. Con la formulación del nuevo Plan de Desarrollo Institucional se definirán las metas para el año 2020 y para los próximos 4 años.	

		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL										
		VERSIÓN		PROCESO/SERVICIO						CÓDIGO	NUM	
		6.0		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO						DE-IPO	143	
<b>ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		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		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO				
<b>ACTIVIDADES</b>		PHVA										
2.2	Desarrollar la autoevaluación del SUA a cargo de los equipos de autoevaluación. Formular el plan de mejoramiento resultado de la autoevaluación.	HACER	Resultado de la autoevaluación cuantitativa. Plan de mejora formulado y aprobado	1	Informe de autoevaluación 2019. Plan de mejora aprobado	ENERO	ENERO	Profesional Especializado área de la salud - Calidad	Equipos de autoevaluación	N.A		
2.3	<u>Lograr una ejecución del 90% anual respecto a las acciones de mejora priorizadas para cada vigencia.</u> (Realizar dos auditorías de seguimiento al cumplimiento del plan de mejora)	VERIFICAR	(Número de actividades cumplidas a junio 2020 / Número de actividades planeadas a junio 2020)	90%	Informe de seguimiento a Plan de Mejora	JULIO	DICIEMBRE	Profesional Especializado área de la salud - Auditoría	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad	N.A		
2.4	Generar acciones de mejora y mejoramiento institucional	ACTUAR	Mejoras institucionales Plan de mejora	1	Boletín de mejoras institucionales Plan de mejora aprobado	DICIEMBRE	ENERO	Profesional Especializado área de la salud - Calidad	Equipo de calidad	N.A		
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.	ENERO	DICIEMBRE	Gerente Jefe Oficina Asesora de Planeación	Funcionarios Directivos, Asesores y Jefes de dependencias.	N.A		

		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL								
		VERSIÓN		PROCESO/SERVICIO			CÓDIGO	NUM		
		6.0		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			DE-IPO	143		
<b>ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		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		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
ACTIVIDADES		PHVA								
3.1	Formular Planes Operativos Anuales para el periodo enero-diciembre de 2019. 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	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 de Pasto Salud ESE	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.	100	Aprobados mediante resolución 077 del 27 de enero de 2020
3.2	Realizar seguimiento y evaluación al nivel de cumplimiento de los Planes Operativos Anuales.	HACER / VERIFICAR	CUMPLIMIENTO: Informe de seguimiento.	1	_Informe de seguimiento	JULIO	AGOSTO	_Gerente _Jefe Oficina Asesora de Planeación _Jefe Oficina Asesora de Control Interno Responsables de ejecución de POA de acuerdo a lo descrito en cada una de las actividades.	N.A	
4	LOGRAR UN DESARROLLO DEL 90% EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE APALANQUEN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES		INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN:  Número de actividades desarrolladas ( 1.761 ) / número de actividades programadas ( 1.826 ) x 100 = <b>96,4%</b>	90%	Informe anual de cumplimiento (Plan de comunicaciones, Plan Gerencia de la Información y Plan Seguridad Informática)	ENERO	DICIEMBRE	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas Oficina de Comunicaciones y Sistemas	100	Plan de Comunicaciones = ( 19/26 ) = 73,1 % Plan Seguridad de la información = ( 1658/1705 ) = 97,2% Plan Gerencia de la información = ( 84/95 ) = 88,4%  Total = ( 1761/ 1826 ) = <b>96,4%</b>

		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL									
		VERSIÓN		PROCESO/SERVICIO			CÓDIGO	NUM			
		6.0		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			DE-IPO	143			
<b>ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		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	INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES		
				INC	FIN	LÍDER	EQUIPO				
<b>ACTIVIDADES</b>		PHVA									
4.1	Elaborar los respectivos planes de acción para (1) <u>Gerencia de la Información</u> , (2) <u>Seguridad de la Información</u> y (3) <u>Gestión de las Comunicaciones</u> para la vigencia 2020 definiendo actividades en cada uno de ellos.	PLANEAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO:  Planes de acción aprobados	4	Planes de Acción Gerencia de la Información, Seguridad de la Información, Mantenimiento hospitalario y Gestión de las Comunicaciones	ENERO	FEBRERO	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia	100	
4.2	Ejecutar el Plan de Gerencia de la Información, Plan de Seguridad de la Información, Plan de Comunicaciones, Plan de Mantenimiento Hospitalario y el PETI 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:		Informe de avance de cumplimiento de las actividades contempladas en los planes para el desarrollo del sistema de Información.	FEBRERO	DICIEMBRE	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia	N.A	El Plan de comunicaciones no es claro en su formulación, no se evidencia despliegue a los grupos de interés, ni acto administrativo de aprobación, no fue presentado y validado en comité de gestión y desempeño institucional. Tampoco cuenta con indicadores que permitan medir su desempeño.
4.3	Realizar seguimiento a la ejecución del Plan de Gerencia de la Información, Plan de Seguridad de la Información, Plan de Comunicaciones y el PETI. Consolidar informe de seguimiento y resultados.	VERIFICAR / ACTUAR	(Número de actividades cumplidas en el primer semestre por cada plan / Total actividades programadas en el semestre para cada plan x 100.	90%		FEBRERO	DICIEMBRE	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia	N.A	

		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL									
		VERSIÓN		PROCESO/SERVICIO				CÓDIGO	NUM		
		6.0		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				DE-IPO	143		
ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO		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		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
ACTIVIDADES		PHVA									
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 X 100	≥0,80	Plataforma de Bionexo, Actas comité de contratación	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario - Suministros	Comité de Contratación			
5.1	Consolidar el Plan Anual de Adquisiciones con los requerimientos presentados por los responsables de las diferentes líneas de consumo	PLANEAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES APROBADO	1 PAA	Acta Comité de Contratación. Resolución de Aprobación	ENERO	ENERO	Profesional Universitario - Suministros	Comité de Contratación	100	Resolución 056 de 23 de enero de 2020
5.2	Adelantar el seguimiento a la ejecución de las compras de Medicamentos e Insumos médico quirurgicos a través de mecanismos electrónicos y consolidar los informes periódicos (Semestral y Anual consolidado).	HACER / VERIFICAR	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Informe de seguimiento a la ejecución _Semestral _Anual consolidado	2	Informes.	JULIO	DICIEMBRE	Profesional Universitario - Suministros		N.A	

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO**

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	INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
				INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
<b>ACTIVIDADES</b>	PHVA								
<b>6</b> MANTENER EL 85% DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE PROVEEDORES.	INDICADOR: PORCENTAJE DE PROVEEDORES SATISFECHOS:  Número de respuestas positivas de los proveedores encuestados / Total de repuestas de los proveedores encuestados x 100	90%	_ Encuestas tramitadas _ Resultado Consolidado	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario - Suministros	Equipo Directivo y Asesor.		
<b>6.1</b> Revisar la encuesta del año 2019 para obtener información de la satisfacción de los proveedores en sus relaciones con Pasto Salud ESE, ajustar en caso de ser necesario.	<b>PLANEAR</b> INDICADOR DE CUMPLIMIENTO:  Encuesta para medición de satisfacción de proveedores, revisada y avalada para su aplicación.	1 Formato de Encuesta	Instructivo de diligenciamiento. Presentación al grupo directivo.	ENERO	FEBRERO	Secretaría General - Suministros - Oficina Asesora Jurídica.			
<b>6.2</b> Aplicar la encuesta que permita establecer el nivel de satisfacción de los proveedores y consolidar datos e informe de resultados.	<b>HACER</b> INDICADOR DE RESULTADO: Nivel de satisfacción de los proveedores.	1 Informe	Informe de resultado de la encuesta.	FEBRERO	MARZO	Secretaría General - Suministros - Oficina Asesora Jurídica.			
<b>6.3</b> 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.	<b>VERIFICAR</b> INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Despliegue al personal directivo y asesor	1 despliegue	Listado de asistencia	ABRIL	ABRIL	Secretaría General - Suministros - Oficina Asesora Jurídica			
<b>6.4</b> Formular e implementar acciones de mejora cuando se presenten, tendientes a corregir las desviaciones identificadas.	<b>ACTUAR</b> INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: Acciones de mejora ejecutadas / acciones de mejora formuladas x 100	90%	Plan de Mejora	MAYO	DICIEMBRE	Secretaría General - Suministros - Oficina Asesora Jurídica			

		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL								
		VERSIÓN		PROCESO/SERVICIO				CÓDIGO	NUM	
		6.0		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				DE-IPO	143	
ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO		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		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
ACTIVIDADES		PHVA								
7.	AUMENTAR EN UN 20% ANUAL LA SATISFACCION DEL PROVEEDOR RESPECTO A LA OPORTUNIDAD DEL PAGO, PARTIENDO DE UNA LINEA BASE DEL 61%	PORCENTAJE DE SATISFACCION DEL PROVEEDOR RESPECTO A LA OPORTUNIDAD EN EL PAGO (Número de proveedores con respuesta positiva / número total de proveedores encuestados)*100	81	Informe de resultado de la Encuesta	Enero	Diciembre	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesional Universitaria Suministros, Secretaría General		
7.1	Revisar y actualizar permanentemente el documento Matriz de Programación de Pagos, teniendo en cuenta la información de fecha de radicación de facturas, fecha de vencimiento de facturas, de radicación de cuentas y de pagos realizados, para determinar la oportunidad en el pago de las obligaciones adquiridas por la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.	VERIFICAR (Cuentas pagadas dentro del Plazo acordado / Número de cuentas radicadas) x 100	100	Matriz de Programación de Pagos; Ordenes de pago y facturas pagadas	Enero	Diciembre	Subgerencia Financiera y Comercial	Tesorero		

		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL									
		VERSIÓN		PROCESO/SERVICIO					CÓDIGO	NUM	
		6.0		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO					DE-IPO	143	
ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO		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		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
ACTIVIDADES		PHVA									
8.	AVANZAR EN LA IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO DE LA POLITICA Y PROGRAMA DE PRESTACION DE SERVICIOS (Línea de base 70%)		90	Informe de ejecución anual.	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Especializado area de la salud - Auditoria	Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos	N.A		
8.1	Revisar y actualizar la política y el modelo de prestación de servicios articulado a la Política nacional de prestación de servicios de salud.	PLANEAR	1	Programa aprobado en Comité	FEBRERO	MARZO	Profesional Especializado area de la salud - Auditoria	Subgerencia de Salud e investigación	100	Modelo de prestación de servicios actualizado	
8.2	Implementar (Desplegar) el modelo de Prestación de Servicios al personal de Pasto Salud ESE.	HACER	80	Plataforma MOODLE	ABRIL	ABRIL	Profesional Especializado area de la salud - Auditoria	Profesional de oficina de comunicaciones y sistemas	100	Se evidencia despliegue del modelo de prestación de servicios al personal de Pasto Salud ESE, a través de plataforma MOODLE.	

		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL										
		VERSIÓN		PROCESO/SERVICIO					CÓDIGO		NUM	
		6.0		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO					DE-IPO		143	
<b>ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		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		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES		
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO				
ACTIVIDADES		PHVA										
8.3	Evaluar el cumplimiento de las actividades contempladas en el modelo de Prestación de Servicios	VERIFICAR	INDICADOR: PORCENTAJE DE AVANCE EN LAS ACTIVIDADES DEL MODELO:  (Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas) x 100	90	Informe de ejecución.	JULIO	NOVIEMBRE	Profesional Especializado area de la salud - Auditoria	Subgerencia de Salud e Investigación	N.A		
8.4	Establecer acciones de mejora si se presentan desviaciones.	ACTUAR	Plan de mejoramiento	1	Plan de mejoramiento	AGOSTO	DICIEMBRE	Profesional Especializado area de la salud - Auditoria	Subgerencia de Salud e Investigación, Directores Operativos	N.A		
9.	AVANZAR EN LA IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO DE LA POLITICA Y PROGRAMA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		INDICADOR: PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE LA POLITICA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE:  (Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas) x 100	90	_Informe de ejecución anual. _Indicadores del continuo de atención y paquetes instruccionales	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Especializado area de la salud - Calidad	Subgerencia de Salud e Investigación, Directores Operativos, enfermeras líderes de Red y equipos primarios	100	Tomando como base el instrumento de evaluación del Ministerio de Salud y Protección Social: Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias se tiene que de las 63 variables a Pasto Salud E.S.E le aplican 52 y de ellas cumplimos en el 2019, 48 para un porcentaje del 92%.	

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO**

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	INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
				INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
<b>ACTIVIDADES</b>	PHVA								
9.1	Revisar y actualizar el programa de seguridad del paciente. Revisar y actualizar los protocolos asistenciales.	PLANEAR	Programa de Seguridad del Paciente actualizado y aprobado.  Número de Protocolos actualizados y aprobados / Total de protocolos revisados.	1  100%	Programa de Seguridad del paciente aprobado Protocolos aprobados	ENERO  FEBRERO	Profesional Especializado area de la salud - Calidad  Equipo de calidad, equipo de auditoria, enfermeras de red.	0	El programa de seguridad del paciente fue actualizado el 15 de julio de 2019. No se actualizó en las fechas previstas enero/febrero de 2020.  Se revisaron y actualizaron 3 protocolos de seguridad del paciente.
9.2	Desplegar el programa de Seguridad del Paciente al personal de Pasto Salud ESE y fortalecer su aplicabilidad.	HACER	(Número de personas capacitadas y evaluadas / Número de personas convocadas) x 100	>= 90%	Material de despliegue, listas de asistencia, evaluaciones	FEBRERO  MARZO	Profesional Especializado area de la salud - Calidad  Equipo de calidad.	100	Se evidenció el despliegue del programa de seguridad del paciente al personal de Pasto Salud ESE a través de la plataforma MOODLE
9.3	Evaluar el cumplimiento de las actividades contempladas en el programa de Seguridad del Paciente	VERIFICAR	Nivel de Adherencia a los protocolos asociados al programa de seguridad del paciente	>= 90%	Informes de rondas de seguridad, listas de chequeo de protocolos	FEBRERO  DICIEMBRE	Profesional Especializado area de la salud - Calidad  Directores de Red Enfermeras Administrativas Equipo de calidad.	N.A	
9.4	Establecer acciones de mejora a las desviaciones presentadas en cuanto a su adherencia.	ACTUAR	Plan de mejoramiento	1	Plan de mejora aprobado	ABRIL  DICIEMBRE	Directores de Red  Directores de Red Enfermeras Administrativas	N.A	
10.	AVANZAR EN LA IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO DE LA POLITICA Y PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN		INDICADOR: PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN  (Número de actividades implementadas del programa / Total actividades programadas) x 100	90%	Actas Videos Registro Fotograficos Informes	DICIEMBRE  DICIEMBRE	Directores Operativos, Oficina de Calidad Subgerencia de Salud e Investigación. SIAU Oficina Talento Humano	100	Porcentaje de cumplimiento del 92% de actividades implementadas

		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL									
		VERSIÓN		PROCESO/SERVICIO			CÓDIGO	NUM			
		6.0		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			DE-IPO	143			
ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO		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		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
ACTIVIDADES		PHVA									
	(Línea de base 25%)		PORCENTAJE DE FAVORABILIDAD EN LOS ITEM'S DE LAS RONDAS DE HUMANIZACIÓN = Número de evaluaciones favorables / número total de evaluaciones x 100	80%	Informe de indicadores de rondas de humanización.	DICIEMBRE	DICIEMBRE	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad Subgerencia de Salud e Investigación. SIAU Oficina Talento Humano	100	Resultado de las evaluaciones de las rondas de humanización del 80%
10.2	Desplegar la política y el programa de Humanización.	HACER	INDICADOR: PORCENTAJE DE DESPLIEGUE DE LA POLITICA Y PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN (Número de personas que participan en el despliegue / población objetivo) x 100	90%	Informe de despliegue de la política y programa de humanización. .Plataforma para despliegues. .Circular para despliegues. .Informe final	MARZO	MARZO	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad Subgerencia de Salud e Investigación. SIAU Oficina Talento Humano	100	Se desplegó al 93% del personal
10.3	Evaluar el conocimiento de la política y el programa de Humanización.	VERIFICAR	INDICADOR: EVALUACIÓN DE LA COMPRENSIÓN (evaluaciones con calificación satisfactoria ≥ 4.5 / evaluaciones presentadas) x 101	90%	Informes	MARZO	MARZO	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad Subgerencia de Salud e Investigación. SIAU Oficina Talento Humano	83	El 83% del personal evaluado obtuvo una calificación satisfactoria

		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL									
		VERSIÓN		PROCESO/SERVICIO				CÓDIGO	NUM		
		6.0		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				DE-IPO	143		
<b>ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		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		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
ACTIVIDADES		PHVA									
10.4	Implementar el programa de humanización.	HACER	INDICADOR: PORCENTAJE DE AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN (Número de actividades implementadas del programa / Total actividades programadas) x 100	90%	Acta de reunión videos del programa Plataforma de despliegues Reporte plataforma de despliegue y evaluación Documentos (Protocolos, paquetes instruccionales, registro fotográficos, informes)	FEBRERO	DICIEMBRE	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad Subgerencia de Salud e Investigación. SIAU Oficina Talento Humano	N.A	
10.5	Realizar el seguimiento a la ejecución del programa de humanización	VERIFICAR	INDICADOR: Informe de seguimiento.	1	Acta de reunión videos del programa Plataforma de despliegues Reporte plataforma de despliegue y evaluación Documentos (Protocolos, paquetes instruccionales, registro fotográficos, informes)	JULIO	JULIO	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad Subgerencia de Salud e Investigación. SIAU Oficina Talento Humano	N.A	
10.6	Evaluar la efectividad del programa de Humanización.	VERIFICAR	PORCENTAJE DE FAVORABILIDAD EN LOS ÍTEM'S DE LAS RONDAS DE HUMANIZACIÓN = Número de evaluaciones favorables / número total de evaluaciones x 100	80%	Informe de indicadores de rondas de humanización.	JULIO	JULIO	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad Subgerencia de Salud e Investigación. SIAU Oficina Talento Humano	N.A	

		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL									
		VERSIÓN		PROCESO/SERVICIO				CÓDIGO		NUM	
		6.0		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				DE-IPO		143	
<b>ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		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		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
ACTIVIDADES		PHVA									
10.7	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	100%	Informes	JULIO	DICIEMBRE	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad Subgerencia de Salud e Investigación. SIAU Oficina Talento Humano	N.A	
11.0	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.	ENERO	DICIEMBRE	Jefe Oficina de Control Interno	Lideres de Proceso	N.A	
11.1	Seguimiento a los mapas de riesgos de Gestion	PLANEAR	Seguimientos realizados / Seguimientos programados (2 por año)	100	Informe de seguimiento a los mapas de riesgos de gestion	JUNIO	DICIEMBRE	Jefe Oficina de Control Interno	Equipo Auditor	100	Se ha realizado un seguimiento de uno programado en el primer semestre de la vigencia 2020
	Actualizar el mapa de riesgos de corrupción	PLANEAR	Mapa de riesgos de corrupción actualizado	1	Mapa de Riesgos de corrupción aprobado por comité de control interno	ENERO	ENERO	Jefe Oficina de Control Interno	Equipo Auditor		
11.2	Seguimiento a los mapas de riesgos de Corrupcion	HACER	Seguimientos realizados / Seguimientos programados (3 por año)	100	Informe de seguimiento a los mapas de riesgos de corrupcion	ENERO	DICIEMBRE	Jefe Oficina de Control Interno	Equipo Auditor	100	Mapa de riesgos actualizados, y se ha realizado un seguimiento de 3 programados en el año. Se han realizado 3 auditorias de 7 programadas en el año

	INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL				
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO		CÓDIGO	NUM
	6.0	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		DE-IPO	143

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO**

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	INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
				INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
<b>ACTIVIDADES</b>	PHVA								
11.4	Cumplimiento del Plan Anual de Auditorias de Gestion	ACTUAR	Total de auditorias ejecutadas / Total de auditorias programadas x 100	100	Informes de auditoria	ENERO DICIEMBRE	Jefe Oficina de Control Interno Equipo Auditor		
12	GARANTIZAR EL MEJORAMIENTO PAULATINO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS 22 PRESTADORES QUE HACEN PARTE DE LA RED DE SERVICIOS DE PASTO SALUD E.S.E.		INDICADOR: NIVEL DE INTERVENCIÓN EN INFRAESTRUCTURA:  (Número de 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.	ENERO DICIEMBRE	Secretaría General  Gerencia, Arquitecto y/o Ingeniero contratista.	100	Se han intervenido el total de las 22 IPS´s de acuerdo a lo programado
12.1	Realizar seguimiento a la ejecución al cronograma de intervención en Infraestructura de los 22 IPS´s del PMH.	VERIFICAR	Informe semestral de seguimiento.	1	Informe semestral de seguimiento con corte a 30 de junio de 2019.	JULIO JULIO	Secretaría General  Gerencia, Arquitecto y/o Ingeniero contratista.	N.A	
12.2	Establecer acciones de mejora frente a los no cumplimientos de las actividades establecidas en Infraestructura del Plan de Mantenimiento Hospitalario.	ACTUAR	Plan de mejora	1	Plan de mejora suscrito	JULIO AGOSTO	Secretaría General  Gerencia, Arquitecto y/o Ingeniero contratista.	N.A	

FORMULADO Y REVISADO POR:			APROBADO POR:		
NOMBRE	NOHORA CECILIA ESPINOSA PEREZ	CARGO	Subgerente de Salud e Investigación		
NOMBRE	EDWIN JULIO BASTIDAS BENAVIDEZ	CARGO	Profesional Especializado Area de la Salud -		
NOMBRE	CARMEN ALICIA GÓMEZ ZUÑIGA	CARGO	Profesional Universitario Suministros		
NOMBRE	WILLIAM RICARDO MONTENEGRO GUEVARA	CARGO	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas		
NOMBRE	SEBASTIAN GRANJA ORDÓÑEZ	CARGO	Jefe Oficina Asesora de Planeación		
NOMBRE	JAIME ALBERTO SANTACRUZ SANTACRUZ	CARGO	Jefe Oficina Asesora de Control Interno		
NOMBRE	MARIO FERNANDO BRAVO CABRERA	CARGO	Subgerente Financiero y Comercial		
NOMBRE	HERNÁN JAVIER GUERRERO BURBANO	CARGO	Director Operativo Red Sur		
NOMBRE	SOFIA ISABEL DIAZ CAMPANA	CARGO	Director Operativo Red Norte		

	INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL							
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO		CÓDIGO	NUM			
	6.0	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		DE-IPO	143			
<b>ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	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.							
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>	<b>EVIDENCIAS</b>	<b>PLAZOS</b>		<b>RESPONSABLES</b>	<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
				<b>INC</b>	<b>FIN</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>	PHVA							
<b>NOMBRE</b>	MARIA HELENA ERAZO PAZ	<b>CARGO</b>	Director Operativo Red Occidente					
<b>NOMBRE</b>	NANCY LUZDARY LAGOS CAMPOS	<b>CARGO</b>	Director Operativo Red Oriente		ANA BELÉN ARTEAGA TORRES			
<b>NOMBRE</b>	ANA CRISTINA SANTACRUZ MEJÍA	<b>CARGO</b>	Profesional Especializado Área de la Salud -		<b>GERENTE</b>			

	No.	sumatoria
METAS CUMPLIDAS AL 100%	14	1400
METAS CUMPLIDAS PARCIALMENTE	1	83
METAS NO CUMPLIDAS	1	0
TOTAL METAS A CUMPLIR	16	1483
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>92,7</b>	

VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CÓDIGO	NUM
6,0	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	DE-IPO	143

	TALENTO HUMANO		PROCESOS INTERNOS		SIAU		EFICIENCIA FINANCIERA		GLOBAL	
	NUMERO DE METAS	SUMATORIA PORCENTAJE METAS	NUMERO DE METAS	SUMATORIA PORCENTAJE METAS	NUMERO DE METAS	SUMATORIA PORCENTAJE METAS	NUMERO DE METAS	SUMATORIA PORCENTAJE METAS	NUMERO DE METAS	SUMATORIA PORCENTAJE METAS
CUMPLIMIENTO al 100%	2	200	14	1400	4	400	9	900	29	2900
METAS CUMPLIDAS PARCIALMENTE	1	85	1	83	2	174,67	2	180,23	6	522,9
METAS EN PROCESO DE CUMPLIMIENTO	1	0	1	0	1	0	0	0	3	0
TOTAL METAS	4	71,3	16	92,7	7	82,1	11	98,2	38	90,1
PORCENTAJE PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	71,3		92,7		82,1		98,2		90,1	