



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

INFORME PLANES OPERATIVOS ANUALES

VIGENCIA 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		
ACTIVIDADES	PHVA								
1	LOGRAR UN 90% DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO, FRENTE A LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO.	90	Informe Clima Organizacional	ENERO	FEBRERO	Asesor Grupo de Gestión de Talento Humano	Grupo de Gestión del Talento Humano	100	En 2020 se realizó un nuevo estudio con el propósito de validar los buenos resultados alcanzados en el estudio de 2019 en comparación con estudios anteriores, el mismo que por norma se venía realizando en forma bianual.
			(Número de personas con respuesta satisfactoria frente al desarrollo de las Políticas de Talento Humano / Total personal encuestado) x 100 (439 /462) x 100 = 95%						
ACTIVIDADES	PHVA								
1.2	Aplicar el procedimiento para el 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	100	Se realizó la aplicación del estudio de clima organizacional de conformidad al procedimiento establecido 521.26.19 INFORMES DE CLIMA ORGANIZACIONAL 2020
			Informe de resultado del estudio de clima organizacional						
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.	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	
			Informe de Temas priorizados para intervenir en el Plan de Capacitación, Bienestar Social e incentivos y otros mecanismos que se definan si es requerido.						

**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		
ACTIVIDADES	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	No se establecen oportunidades de mejora por que se cumplio la meta
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 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 (67/67) x 100= 100%	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.	100	CARPETA 521.35.25 PIC 2020
ACTIVIDADES	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		
ACTIVIDADES	PHVA								
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 =		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	100	Mediante acta de reunión del 15 de abril de 2020 se modificó el PIC por emergencia sanitaria COVID CARPETA 521.35.25 PIC 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		
ACTIVIDADES	PHVA								
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	El Plan de mejora suscrito, con ocasión a la 8va jornada de capacitación, se encuentra en ejecución (enero- febrero 2021 CARPETA 521.35.25 PIC 2020
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	100	En el modelo de evaluación de competencias vigente en la Empresa se estableció como medición a través de los resultados de los objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional 2017 - 2020, cuya gestión fue 93%
ACTIVIDADES	PHVA								
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	N.A	Una vez la propuesta de Modelo de gestión por competencias sea aprobado se realizará el respectivo Plan de Acción 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		
ACTIVIDADES	PHVA								
3.3 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	JOSE LUIS OCAMPO GUERRERO	CARGO	Asesor Grupo de Gestión de Talento Humano (E)		
				ANA BELÉN ARTEAGA TORRES	
				GERENTE	

	No.	sumatoria
METAS CUMPLIDAS AL 100%	6	600
METAS CUMPLIDAS PARCIALMENTE	0	
METAS NO CUMPLIDAS	0	
TOTAL METAS A CUMPLIR	6	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	100,0	

**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								
1 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 (67.068.067.030) / (Valor de ejecución de Gastos Comprometidos incluyendo Cuentas por Pagar de Vigencias Anteriores (52.417.317.167)) x 100 = 1.28	Mayor o igual a 1,10	Informe de Ejecución Presupuestal Anual	Enero	Diciembre	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesional Universitaria de Presupuesto	100	
2 LOGRAR UNA UTILIDAD NETA DEL 5% EN EL PERIODO DE GESTION	Utilidad neta del periodo (3.019.369.870,79) / Ingresos del Período (49.953.835.389,26) x 100 = 6 %	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
ACTIVIDADES	PHVA								
2.1 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	HACER Cuentas radicadas en los 15 primeros días de cada mes (481) / Cuentas por radicar del mes anterior (481) x 100 = 100%	100	Cuentas radicadas	Enero	Diciembre	Subgerencia Financiera y Comercial	Profesional Universitario Facturación, Técnico Administrativo	100	
2.2 Mantener actualizado el estado de cartera de cada entidad responsable de pago	HACER ERP con estado de cartera actualizado (156) / Total de ERP con deudas a favor de Pasto Salud (156) = 100%	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	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		
ACTIVIDADES	PHVA								
2.3 Adelantar permanentemente la conciliación de saldos de cartera, presupuesto, contabilidad, tesorería y facturación, para garantizar la consistencia de la información	HACER 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	12 Conciliaciones realizadas en la vigencia 2020 desde el mes de Enero a Diciembre
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	Cuentas por cobrar por prestación de servicios de salud en el periodo * 365 (días) 10.024.713.965.92 / Ventas a crédito por prestación de servicios de salud en el periodo 44.776.4836,32 = 82 días ó 4.5 veces.
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	100	De 12 se verificó la publicación de 12, 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 (4,06%) - Porcentaje de la glosa aceptada de la vigencia actual (2,36%) = 1,7%	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	El nivel de glosa del año 2020 se mejoró reduciendo en 1,7% en comparación al nivel de glosa del año 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 (4) / Número de ERP objeto (4) x 100 = 100%	100%	Contratos suscritos.	ENERO	ABRIL	Subgerente de Salud e Investigación Técnica administrativa, Profesional Especializado del área en salud - Auditoria	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 (5) / Número de reuniones de retroalimentación de glosas programadas (5) x 100 = 100%	100%	Actas de reunión y listas de asistencia	ABRIL	DICIEMBRE	Profesional Especializado área de la salud - Auditoria Equipo de auditoria para el mejoramiento de la calidad	100	Durante el año 2020 se ha realizado 4 reuniones de retroalimentación de glosas administrativas de Emssanar, Mallamas, retroalimentación de glosas por pertinencia dada en el Comité de Historias clínicas y otra retroalimentación dirigida a los profesionales de medicina de las diferentes redes. Atraves de correo electronico al Profesional Universitario de facturación, se retroalimento respecto a glosas de Medimas, se anexa huella de envio.
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	Mantener el nivel de glosa	Informe trimestral PSF	ABRIL	DICIEMBRE	Profesional Especializado área de la salud - Auditoria Equipo de auditoria para el mejoramiento de la calidad	100	Se anexa oficio N° 541.1- 11766 del 2 de diciembre de 2020, donde se envia el Informe gestión glosas de los tres trimestres 2020; ya que aun no se termina la conciliación del último trimestre 2020.
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 - Auditoria Equipo de auditoria para el mejoramiento de la calidad, directores operativos de red, talento humano	N.A	Teniendo en cuenta los resultados anteriores hasta el momento no se ha requerido la elaboración de Planes de mejoramiento.

**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								
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	100	2.100.000.000 Ingresaron para San Vicente de la Alcaaldia Municipal.
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 (3.046.459.656) / Recursos asignados en el presupuesto para el mantenimiento Hospitalario (3.276.305.791) x 100 = 93%	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	

**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								
6	IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO	Porcentaje de Cumplimiento de cada medida del PSFF, vigencia 2020. Número de medidas y metas financieras cumplidas (11) / Número total de medidas y metas contenidas en el PSFF (12) x 100 = 91,7%	100%	Informe Trimestral del PSFF	Enero	Diciembre	Gerencia Equipo directivo, asesor y Profesionales Universitarios o jefes de dependencias	91,7	Disminución del costo y gasto en los siguientes ítems: 1% en el mantenimiento de equipos biomédicos, 14% en calibración de equipos biomédicos y en el ítem de mantenimiento equipos de cómputo el 59% y al contrato de comunicaciones en 6%. Esta medida se cumplió en un 45%
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	ALFONSO ERNESTO HIDALGO	CARGO	Subgerente Financiera y Comercial	ANA BELÉN ARTEAGA TORRES
NOMBRE	MIRIAM RUTH BOLAÑOS	CARGO	Profesional universitario presupuesto	
NOMBRE	DIANA CAROLINA RUEDA BENAVIDEZ	CARGO	Profesional universitario Cartera	
NOMBRE	LILIANA ISMERY GAMBOA	CARGO	Profesional universitario Contabilidad	
NOMBRE	EDWIN JULIO BASTIDAS BENAVIDEZ	CARGO	Profesional Especializado Area de la Salud - Auditoría	
				GERENTE


	No.	Sumatoria
METAS CUMPLIDAS AL 100%	13	1300
METAS CUMPLIDAS PARCIALMENTE	1	91,7
METAS NO CUMPLIDAS	0	0
TOTAL METAS A CUMPLIR	14	1391,7
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	99,4	


		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL								
		VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO				CÓDIGO	NUM		
		6.0	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				DE-IPO	143		
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 ESPECÍFICO		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
ACTIVIDADES					INC	FIN	LÍDER			EQUIPO
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	100	Certificación en la norma tecnica ISO 9001 2015 por parte de ICONTEC
ACTIVIDADES		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	100	Se anexa oficio No. 541.5755 del 26 de Junio de 2020, solicitud cambio de fecha auditoria ISO 9001:2015. Se anexa Informe de auditoría interna a la norma NTC ISO 9001:201, realizada en el mes de Septiembre 2020. Se evaluaron el 100% de requisitos de la norma aplicables para PASTO SALUD ESE (59 requisitos), de los cuales 38 se cumplieron, para un porcentaje de 64% y se cuenta con planes de mejora por cada uno de los procesos y requisitos que obtuvieron No Conformidades.
1.3	Realizar dos auditorias internas a la norma NTC ISO 9001:2015	INDICADOR: Número de requisitos cumplidos en el periodo (38) / Número de requisitos evaluados (59) x 100 = 64%	100%	Informes de auditoria	MAYO	NOVIEMBRE	Profesional Especializado área de la salud - Auditoria	Equipo de auditoria para el mejoramiento de la calidad	100	
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	100	Plan de Mejoramiento suscrito con base a los hallazgos realizados en la auditoria


		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL								
		VERSIÓN		PROCESO/SERVICIO				CÓDIGO	NUM	
		6.0		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				DE-IPO	143	
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 ESPECÍFICO		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
ACTIVIDADES		PHVA			INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
2	ALCANZAR UNA CALIFICACIÓN PROMEDIO DE 2,59 EN LOS DIFERENTES PAQUETES DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.		3	Informe de autoevaluación 2020.	ENERO	DICIEMBRE	Equipos de autoevaluación de estándares de acreditación.		N.A	La Autoevaluación del año 2020 se programó para febrero y marzo de 2021
2.2	Desarrollar la autoevaluación del SUA a cargo de los equipos de autoevaluación. Formular el plan de mejoramiento resultado de la autoevaluación.	HACER	1	Informe de autoevaluación 2019. Plan de mejora aprobado	ENERO	ENERO	Profesional Especializado área de la salud - Calidad	Equipos de autoevaluación	N.A	Informe de Autoevaluación del año 2019
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	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	73	Se evaluó durante el primer semestre de 2020, 230 actividades en PAMEC de las cuales 169 se cumplieron, dando un porcentaje de cumplimiento del 73%. Se anexa Informe de seguimiento PAMEC primer semestre de 2020
2.4	Generar acciones de mejora y mejoramiento institucional	ACTUAR	1	Boletín de mejoras institucionales Plan de mejora aprobado	DICIEMBRE	ENERO	Profesional Especializado área de la salud - Calidad	Equipo de calidad	100	Como fruto de la auditoría se estableció el PAMEC, el cual será objeto de evaluación en la última semana de enero de 2021
3	LOGRAR UN 90% DE CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN LOS PLANES OPERATIVOS ANUALES DE CADA VIGENCIA.		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		
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										
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.	100	Seguimiento realizado del I semestre de 2020
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 (569) / número de actividades programadas (595) x 100 = 95.6%	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 Gerencia de la Información=(327/328)= 99.6% Plan de Seguridad de la Información=(213/237)=89.87% Plan de Comunicaciones=(29/30)=96.6%


		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL									
		VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO				CÓDIGO	NUM			
		6.0	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				DE-IPO	143			
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											
OBJETIVO ESPECÍFICO		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
ACTIVIDADES		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	Se actualizaron 4 planes: Gerencia de la información, seguridad de la información y comunicaciones, mediante Acta y registro de asistencia suscrita el 17 de enero de 2020 Se aprobó el PETI mediante resolución 091 del 29 de enero de 2020
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	
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		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										
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 (2.093.640.401) / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico (2.462.346.005) x 100 = 85%	≥0,80	Plataforma de Bionexo, Actas comité de contratación	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario - Suministros	Comité de Contratación	100	Reporte de Confirmación Detallado de la Plataforma de Bionexo (Medicamentos y Dispositivos Médicos). Ejecución Presupuestal a Diciembre de 2020 Carpeta POA 522.05.36.20 (Archivo - Suministros) Actas de Comité de Contratación Carpeta 522.05.01.13 (Archivo - Suministros)
5.1	Consolidar el Plan Anual de Adquisiciones con los requerimientos presentados por los responsables de las diferentes líneas de consumo	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	Resolucion 056 de 23 de enero de 2020 Actas de Comité de Contratación Carpeta 522.05.01.13 (Archivo - Suministros)
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).	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Informe de seguimiento a la ejecución _ Semestral _ Anual consolidado	2	Informes.	JULIO	DICIEMBRE	Profesional Universitario - Suministros		100	Actas de Comité de Contratación Carpeta 522.05.01.13 (Archivo - Suministros)


		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								
6	MANTENER EL 85% DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE PROVEEDORES.	INDICADOR: PORCENTAJE DE PROVEEDORES SATISFECHOS: Número de respuestas positivas de los proveedores encuestados (229) / Total de repuestas de los proveedores encuestados (252) x 100 = 90,9%	90%	_ Encuestas tramitadas _ Resultado Consolidado	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario - Suministros	Equipo Directivo y Asesor.	100	Encuesta aplicada mediante la plataforma institucional
6.1	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.	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.		100	Formato GAF - ESP 313 Carpeta POA 522.05.36.20 (Archivo - Suministros)
6.2	Aplicar la encuesta que permita establecer el nivel de satisfacción de los proveedores y consolidar datos e informe de resultados.	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.		100	Carpeta POA 522.05.36.20 (Archivo - Suministros)
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.	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO: Despliegue al personal directivo y asesor	1 despliegue	Listado de asistencia	ABRIL	ABRIL	Secretaría General - Suministros - Oficina Asesora Jurídica		100	Actas de Comité de Contratación Carpeta 522.05.01.13 (Archivo - Suministros)


		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL								
		VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO				CÓDIGO	NUM		
		6.0	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				DE-IPO	143		
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										
OBJETIVO ESPECÍFICO		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		
ACTIVIDADES		PHVA								
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%	Plan de Mejora	MAYO	DICIEMBRE	Secretaría General - Suministros - Oficina Asesora Jurídica	N.A	Se cumplió la meta propuesta
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 (41) / número total de proveedores encuestados (42) x 100 = 97,6%	81%	Informe de resultado de la Encuesta	Enero	Diciembre	Subgerencia Financiera y Comercial Profesional Universitaria Suministros, Secretaría General	100	
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 (1.435) / Número de cuentas radicadas (1.435) x 100 = 100%	100%	Matriz de Programación de Pagos; Ordenes de pago y facturas pagadas	Enero	Diciembre	Subgerencia Financiera y Comercial Tesorero	100	


		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%)		INDICADOR: PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE LA POLITICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: Número de actividades ejecutadas (374.382) / Número de actividades programadas(959.869) x 100 = 39%	90	Informe de ejecución anual.	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Especializado area de la salud - Auditoria	Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos	39	Número de actividades ejecutadas 374382/ Número de actividades programadas 959869
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	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO Modelo actualizado	1	Programa aprobado en Comité	FEBRERO	MARZO	Profesional Especializado area de la salud - Auditoria	Subgerencia de Salud e investigación	100	
8.2	Implementar (Desplegar) el modelo de Prestación de Servicios al personal de Pasto Salud ESE.	HACER	INDICADOR: PORCENTAJE DE DESPLIEGUE DEL MODELO (Número de personas a quien se desplegó el programa (352) / Población objetivo(354) x 100 = 99%	80	Plataforma MOODLE	ABRIL	ABRIL	Profesional Especializado area de la salud - Auditoria	Profesional de oficina de comunicaciones y sistemas	100	Número de personas a quien se desplego 352/ Población Objeto 354


		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL									
		VERSIÓN		PROCESO/SERVICIO				CÓDIGO	NUM		
		6.0		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				DE-IPO	143		
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 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.	ENERO	JUNIO	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	100	Se suscribieron dos planes de mejoramiento: 1) Plan de mejoramiento de Indicadores contractuales 2020 2) Plan de mejoramiento 2020 (Resolución 4005)
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	N.A	Sin reporte


		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									
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.	N.A	Sin reporte
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.	N.A	Sin reporte
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	Sin reporte
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	Sin reporte

		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		
ACTIVIDADES		PHVA			INC	FIN	LÍDER			EQUIPO	
10.	AVANZAR EN LA IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO DE LA POLITICA Y PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN. (Línea de base 25%)		INDICADOR: PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN Número de actividades implementadas del programa (26) / Total actividades programadas (29) x 100 = 89,66%	90%	Actas Videos Registro Fotograficos Informes	DICIEMBRE	DICIEMBRE	Director Operativo Red Oriente	Directores Operativos, Oficina de Calidad Subgerencia de Salud e Investigación. SIAU Oficina Talento Humano	89,66	No se desarrollaron dos actividades del Programa de Humanización: 1) Evaluar consolidado de PQRSF virtuales para colaboradores. 2) Desplegar en salas de espera mensaje alusivo al deber relacionado con el respeto del usuario a los servidores. 3) El 82,9% del personal evaluado obtuvo una calificación satisfactoria, siendo la meta del 90%
			PORCENTAJE DE FAVORABILIDAD EN LOS ITEM'S DE LAS RONDAS DE HUMANIZACIÓN = Número de evaluaciones favorables (11.686) / número total de evaluaciones (13.400) x 100 = 87,2%	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	
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

		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL									
		VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO				CÓDIGO	NUM			
		6.0	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				DE-IPO	143			
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											
OBJETIVO ESPECÍFICO		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
ACTIVIDADES		PHVA									
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	82,9	El 82,9% del personal evaluado obtuvo una calificación satisfactoria
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	100	Se encuentran 4 informes de rondas de humanización y 1 consolidado anual. Evidencia: informe de rondas en carpeta de humanización, reposa en archivo del grupo de gestión de talento humano

		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL									
		VERSIÓN		PROCESO/SERVICIO				CÓDIGO	NUM		
		6.0		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				DE-IPO	143		
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											
OBJETIVO ESPECÍFICO		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
ACTIVIDADES		PHVA									
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 = 87,2%	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	
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 (2) / Total actividades programadas(2) x 100 = 100%	90	Informe anual de implementación del programa de Gestión del Riesgo.	ENERO	DICIEMBRE	Jefe Oficina de Control Interno	Lideres de Proceso	100	Se realizaron 2 actividades del programa: 1) Actualización de la política Gestión del Riesgo 2) Actualización del Manual de Gestión del Riesgo


		INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL									
		VERSIÓN		PROCESO/SERVICIO						CÓDIGO	NUM
		6.0		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO						DE-IPO	143
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 ESPECÍFICO		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
ACTIVIDADES		PHVA			INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
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 realizó dos seguimiento de dos programados durante 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	100	Mapa de riesgos actualizados, y se ha realizado un seguimiento de 3 programados en el año. Se han realizado 7 auditorias de 7 programadas en el año
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		
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 (22) / Total de IPS a intervenir según cronograma (22) x 100 = 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.	100	Seguimiento mediante informe POA del I semestre de 2020

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

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											
OBJETIVO ESPECÍFICO		INDICADOR	META	EVIDENCIAS	PLAZOS		RESPONSABLES		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
ACTIVIDADES					INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
	PHVA										
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	No se presentaron desviaciones frente a la totalidad de IPS'S intervenidas

FORMULADO Y REVISADO POR:				APROBADO POR:			
NOMBRE	ADRIANA ENRIQUEZ MESA	CARGO	Subgerente de Salud e Investigación	ANA BELÉN ARTEAGA TORRES GERENTE			
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 ORDOÑEZ	CARGO	Jefe Oficina Asesora de Planeación				
NOMBRE	JAIME ALBERTO SANTACRUZ SANTACRUZ	CARGO	Jefe Oficina Asesora de Control Interno				
NOMBRE	ALFONSO ERNESTO HIDALGO	CARGO	Subgerente Financiero y Comercial				
NOMBRE	HERNÁN JAVIER GUERRERO BURBANO	CARGO	Director Operativo Red Sur				
NOMBRE	SOFÍA ISABEL DIAZ CAMPANA	CARGO	Director Operativo Red Norte				
NOMBRE	ANA PILAR CASTRO VILLAMARIN	CARGO	Director Operativo Red Occidente				
NOMBRE	NANCY LUZDARY LAGOS CAMPOS	CARGO	Director Operativo Red Oriente				
NOMBRE	ANA CRISTINA SANTACRUZ MEJÍA	CARGO	Profesional Especializado Área de la Salud -				

	No.	sumatoria
METAS CUMPLIDAS AL 100%	29	2900
METAS CUMPLIDAS PARCIALMENTE	3	211,56
METAS NO CUMPLIDAS	0	0
TOTAL METAS A CUMPLIR	32	3111,6
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	97,2	

		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			
ACTIVIDADES		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 (1.468) / Número Total de usuarios encuestados (1.596) x 100 = 92%	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.	100	I trimestre = 344/425 = 80.9% II Trimestre = 354/365 = 94,2% III Trimestre = 356/381 = 93,4% IV Trimestre = 414/425 = 97.4% Total: 92%	
ACTIVIDADES		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	100	MEDICION DE SATISFACCION: I trimestre: https://www.pastosaludese.gov.co/images/siau/2020/informediciosiau/INFORME%20DE%20SATISFACCION%20USUARIOS2020.pdf II trimestre: https://www.pastosaludese.gov.co/images/siau/2020/informediciosiau/INFORME%20DE%20SATISFACCION%20%20II%20TRIMESTRE%202020.pdf III trimestre: https://www.pastosaludese.gov.co/images/siau/2020/informediciosiau/INFORME%20DE%20SATISFACCION%20%20III%20TRIMESTRE%202020.pdf IV trimestre: https://www.pastosaludese.gov.co/images/siau/2020/informediciosiau/INFORME%20DE%20SATISFACCION%20%20IV%20TRIMESTRE%202020_final.pdf

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		
ACTIVIDADES	PHVA								
1.2 Medir el tiempo de respuesta a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicidades	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 (3.067) / Número total de quejas presentadas en el trimestre (590) x 100 =	15	Matriz de Gestión y Desempeño del indicador. Formato 439: Consolidado y seguimiento de PQRSF tramitado	ENERO	Diciembre ** (Nota)	Profesional Universitario SIAU	Auxiliares SIAU de las Redes	100	
1.3 Evaluar el resultado del indicador "Índice de satisfacción del usuario" con las Direcciones Operativas de Red y el resultado de las Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.	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	75	Se generaron 3 informes de PQRSF 1) 18 de agosto de 2020 2) 2 de septiembre de 2020 3) 15 de diciembre de 2020 Actas Carpeta de Etica Hospitalaria 2020
1.4 Formular Plan de mejoramiento cuando existan desviaciones.	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	100	Se Anexa plan de mejora aprobado el 28 de diciembre de 2020.

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		
ACTIVIDADES	PHVA								
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 = 2	4	_Actas					50	Por el problema de la pandemia del Covid 19 dos reuniones virtuales, una el 25 de septiembre de 2020 y una segunda el 29 de diciembre de 2020. (se encuentra en Carpetas 34.01.33 ACTAS DE CAPACITACION Y O SOCIALIZACIONES OFICINA SIAU)
	INDICADOR PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE INTEGRANTES DE LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS: Número de asociaciones participantes (22) / Total asociaciones(22) x 100 = 100%	80	_Registro de invitación _Registro de asistencia	ENERO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Auxiliares SIAU, Directores Operativos y Subgerencia Salud e Investigación.	100	Se logró concertar con las diferentes asociaciones de usuarios, en 2 reuniones programadas con la comunidad, adicional se cuenta con el contrato de prestación de servicio del señor Juan Pablo el Plan de de actividades a realizar donde se contemplan actividades a desarrollaron en 70 talleres planeados y ejecutados entre los meses de agosto - noviembre 2020 (Se encuentran en carpeta de 534.04 CONCERTACION DE PLANES CON ASOCIACIONES DE USUARIOS) con el cumplimiento del 100% de los mismos
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.	INDICADOR PLANES DE TRABAJO CONCERTADOS Número de asociaciones de usuarios con plan de trabajo concertado (22) / Número de Asociaciones vigentes(22) x 100 = 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)

		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	
ACTIVIDADES		PHVA			INC	FIN	LÍDER	EQUIPO			
2.2	Implementar los Planes de trabajo concertados con las asociaciones de usuarios	HACER	INDICADOR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO Número de actividades cumplidas del plan de trabajo (70) / Número de actividades programadas (70) x 100 = 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.	100	70 talleres planeados y ejecutados entre los meses de agosto - noviembre 2020 (Se encuentran en carpeta de 534.04 CONCERTACION DE PLANES CON ASOCIACIONES DE USUARIOS) con el cumplimiento del 100% de los mismos
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	No se presenta planes de mejoramiento por que no se presentan desviaciones
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	JULIO	DICIEMBRE	Profesional Universitario SIAU	Directores Operativos y Subgerencia de Salud e Investigación.	N.A	
OBJETIVO ESPECÍFICO 3											
3	GARANTIZAR EN LAS 22 IPS, UNA OFERTA DE SERVICIOS ACORDE CON LA DEMANDA Y CON EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN.		INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE VENTAS: Valor de la facturación ejecutada (44.118.989.021) / Valor de la facturación programada (47.140.947.279) x 100 = 93,6%	100	_Informe anual del Plan de Ventas.	ENERO	DICIEMBRE	Directores Operativos en cada Red.	Subgerencia de Salud e Investigación.	93,6	Se dejo de facturar 3.021.958.258 sobre el valor de la facturación programada por causa de la declaratoria de emergencia sanitaria debido a la propagación del virus COVID

	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		
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.	ENERO	ENERO	Directores Operativos en cada Red. Subgerencia de Salud e Investigación.	100	Programación de ventas 2020

FORMULADO Y REVISADO POR:				APROBADO POR:	
NOMBRE	ADRIANA ENRÍQUEZ MEZA	CARGO	Subgerente de Salud e Investigación	ANA BELÉN ARTEAGA TORRES GERENTE	
NOMBRE	MARÍA NELCY IBARRA ALVAREZ	CARGO	Profesional universitario		
NOMBRE	LORENA PANTOJA	CARGO	Profesional universitario		

	No.	sumatoria
METAS CUMPLIDAS AL 100%	7	700
METAS CUMPLIDAS PARCIALMENTE	3	218,6
METAS NO CUMPLIDAS	0	0
TOTAL METAS A CUMPLIR	10	918,6
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	91,9	

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

RESULTADO GLOBAL 2020

	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%	6	600	29	2900	7	700	13	1300	55	5500
METAS CUMPLIDAS PARCIALMENTE	0	0	3	211,56	3	218,6	1	91,7	7	521,86
METAS EN PROCESO DE CUMPLIMIENTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL METAS	6	100,0	32	97,2	10	91,9	14	99,4	62	0,9677
PORCENTAJE PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	100,0		97,2		91,9		99,4		0,9677	