



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

**PASTO SALUD E.S.E**

NIT. 900091143 - 9

**PLAN OPERATIVO ANUAL  
2024**

Plan de Desarrollo Institucional 2021 - 2024:

*“Humanización y Calidad al Servicio de Todos”*

San Juan de Pasto

Enero de 2024

**Tabla de contenido**

1. ACTO ADMINISTRATIVO .....	5
2. MARCO LEGAL .....	8
3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....	9
4. PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS .....	10
4.1. Factor Capacidad Instalada. ....	10
4.1.1. Porcentaje de cumplimiento de las atenciones programadas de morbilidad general (tele consulta, presencial, prioritarias, procedimientos, consejerías). ....	10
4.1.2. Porcentaje de cumplimiento de las atenciones realizadas por la ruta perinatal.....	11
4.1.3. Indicadores servicios de enfermería y medicina.....	12
4.1.4. Indicadores Enfermedades Crónicas no transmisibles – ECNT - .....	13
4.1.5. Porcentaje de cumplimiento de actividades programadas por Psicología. ....	14
4.1.6. Porcentaje de cumplimiento de atenciones en nutrición.....	15
4.1.7. Porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas en odontología.....	16
4.1.8. Indicadores: Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS – .....	17
4.2. Factor Gestión Clínica.....	20
4.2.1. Indicadores Gestantes, Hipertensión y Diabetes mellitus. ....	20
4.2.2. Evaluación de aplicación de la guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.....	22
4.2.3. Evaluación de aplicación de la guía de enfermedad hipertensiva. ....	23
4.2.4. Proporción de registros pertinentes de referencias .....	24
4.2.5. Tiempo promedio para referencias de urgencias. ....	25
4.2.6. Indicadores morbi mortalidad.....	26
4.3. Factor Seguridad del Paciente.....	28
4.3.1. Indicadores eventos adversos.....	28
4.4. Factor Servicio Farmacéutico. ....	30
4.4.1. Indicadores Servicio Farmacéutico. ....	30
4.5. Factor Gestión Ambiental. ....	32
4.5.1. Proporción de destinación a reciclaje. ....	32
4.5.2. Proporción de efectividad de la limpieza y desinfección. ....	33
4.6. Factor Ambiente Físico Suministros.....	34
4.6.1. Indicadores Suministros. ....	34
4.7. Factor Ambiente Físico – Infraestructura.....	36

4.7.1.	Proporción de recursos ejecutados para el mantenimiento de infraestructura hospitalaria.....	36
4.7.2.	Proporción de cumplimiento de intervenciones de mejora de las condiciones de infraestructura. ....	38
4.7.3.	Proporción de usuarios satisfechos frente a las intervenciones realizadas.....	40
4.7.4.	Mantenimiento de condiciones de habilitación en infraestructura IPS.....	41
4.8.	Factor Gestión de Riesgo.....	42
4.8.1.	Proporción de materialización de riesgos de los procesos misionales. ....	42
4.8.2.	Proporción de materialización de riesgos de los procesos de apoyo. ....	46
4.9.	Factor Gestión de la Tecnología – Sistemas de información .....	47
4.9.1.	Proporción de cumplimiento en la adquisición y reposición de tecnología de sistemas de información. ....	47
4.9.2.	Proporción de ejecución presupuestal para la adquisición y renovación de tecnología de sistemas de información. ....	48
4.9.3.	Proporción de copias de seguridad realizadas.....	50
4.9.4.	Proporción de entrega oportuna de solicitudes para desarrollo y adaptaciones de software. ....	51
4.10.	Factor Gestión de la tecnología - Equipos biomédicos .....	52
4.10.1.	Proporción de cumplimiento en la adquisición de tecnología biomédica, industrial y de uso hospitalario.....	52
4.10.2.	Proporción de ejecución presupuestal para la adquisición de tecnología biomédica, industrial y de uso hospitalario.....	53
4.11.	Factor PAMEC.....	55
4.11.1.	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud. ....	55
4.11.2.	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior. ....	56
4.12.	Factor Humanización.....	57
4.12.1.	Proporción de Adherencia al abordaje integral del manejo del dolor.....	57
4.12.2.	Proporción de colaboradores que conocen los derechos y deberes de los usuarios y Proporción de usuarios que han sido informados sobre sus derechos y deberes en la institución.....	58
4.12.3.	Proporción de usuarios satisfechos con el trato recibido: un trato digno, amable, respetuoso de sus creencias, costumbres y opiniones. ....	59
4.12.4.	Proporción de usuarios satisfechos frente a la información que recibió su familia y el paciente.....	60
4.12.5.	Proporción de usuarios que saben cómo y dónde presentar una petición, queja, reclamo, sugerencia o felicitación.....	61
4.12.6.	Cobertura del despliegue por Plataforma Moodle del manual de usuarios donde se incluyó la comunicación de noticias dolorosas a usuarios y sus familias. ....	62

4.12.7.	Proporción de usuarios satisfechos frente a horarios de visita que consulten las preferencias y necesidades de los usuarios y sus familias, con prelación a niños, adultos mayores, embarazadas y pacientes en condiciones críticas. ....	63
4.12.8.	Proporción de usuarios satisfechos frente a la consideración en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios.....	64
4.12.9.	Proporción de usuarios que recomendarían la entidad a usuarios y amigos. ....	64
4.13.	Factor Transformación Cultural .....	66
4.13.1.	Proporción de cumplimiento del modelo de cultura organizacional.....	66
4.14.	Factor Responsabilidad Social Empresarial.....	67
4.14.1.	Proporción de cumplimiento del Plan Estratégico de Responsabilidad Social Empresarial.....	67
5.	PERSPECTIVA USUARIOS .....	69
5.1.	Factor Orientación al Usuario .....	69
5.1.1.	Proporción de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias presentadas.....	69
5.1.2.	Proporción de citas asignadas por Call Center.....	70
5.1.3.	Proporción de usuarios satisfechos con la atención. ....	71
5.1.4.	Proporción de usuarios capacitados en Autocuidado de la Salud y su entorno. ....	72
6.	PERSPECTIVA CRECIMIENTO Y APRENDIZAJE.....	73
6.1.	Factor Talento Humano.....	73
6.1.1.	Efectividad del proceso de inducción y reinducción. ....	73
6.1.2.	Nivel de efectividad de las capacitaciones.....	74
6.1.3.	Proporción de trabajadores que cumplen con las competencias requeridas.....	76
6.1.4.	Favorabilidad del clima laboral. ....	77
6.2.	Factor Sistema de Gestión, Seguridad y Salud en el Trabajo .....	78
6.2.1.	Frecuencia de Accidentalidad. ....	78
6.2.2.	Prevalencia de enfermedad laboral. ....	79
6.2.3.	Severidad de accidentalidad. ....	80
6.2.4.	Proporción de adherencia al protocolo de bioseguridad.....	81
7.	PERSPECTIVA FINANCIERA .....	83
7.1.	Factor Sostenibilidad Financiera .....	83
7.1.1.	Indicadores Sostenibilidad financiera. ....	83
7.1.2.	Nivel de glosa. ....	85

### 1. ACTO ADMINISTRATIVO

RESOLUCIÓN No.091

(31 de Enero de 2024)

*"Por la cual se aprueba El Plan Operativo Anual de la Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E. para la vigencia 2024"*

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Acuerdo 004<sup>1</sup> de 2006 emanado del Concejo Municipal de Pasto, el Decreto Nacional No. 1876 de las de 1994<sup>2</sup>, el Decreto 0224 del 30 de abril de 2020<sup>3</sup> de la Alcaldía Municipal, y

CONSIDERANDO:

Que en el Plan de Desarrollo Institucional de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, se considera el Plan Operativo Anual como una herramienta de desagregación del direccionamiento, a través de la cual se concretan las acciones que se ejecutarán en cumplimiento de objetivos estratégicos y específicos, traduciendo la estrategia global en el día a día de los trabajadores de la empresa.

Que al interior de Pasto Salud ESE, se formuló y concertó el plan operativo anual para el cumplimiento de los objetivos estratégicos enfocados a: Crecimiento y Aprendizaje, Procesos Internos, Usuarios y Grupos de Interés y Perspectiva Financiera.

Que la ley 1474 de 2011 en su artículo 74 establece: *"Plan de acción de las entidades públicas: A partir de la vigencia de la presente ley, todas las entidades del Estado a más tardar el 31 de enero de cada año, deberán publicar en su respectiva página web el Plan de Acción para el año siguiente, en el cual se especificarán los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, los planes generales de compras y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión junto a los indicadores de gestión. A partir del año siguiente, el Plan de Acción deberá estar acompañado del informe de gestión del año inmediatamente anterior. Igualmente publicarán por dicho medio su presupuesto debidamente desagregado, así como las modificaciones a este o a su desagregación".*

Que el artículo 2.5.3.8.4.2.7 del decreto 780 de 2016, *"por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social"* determina:

<sup>1</sup> Creación de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.

<sup>2</sup> De las Empresas Sociales del Estado.

<sup>3</sup> Designación del Gerente de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.

“Funciones de la Junta Directiva. Sin perjuicio de las funciones asignadas a las Juntas Directivas por ley, Decreto, Ordenanza o Acuerdo u otras disposiciones legales, esta tendrá las siguientes:

1. Expedir, adicionar y reformar el Estatuto Interno.
2. Discutir y aprobar los Planes de Desarrollo de la Empresa Social.
3. Aprobar los Planes Operativos Anuales.
4. Analizar y aprobar el proyecto de presupuesto anual, de acuerdo con el Plan de Desarrollo y el Plan Operativo para la vigencia.

Que el anexo No. 2 de la resolución 408 de 2018<sup>4</sup>. Establece Indicadores y estándares por áreas de gestión, Indicador: “Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional”, fórmula: “numero de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación”.

Que para dar cumplimiento a la normatividad vigente señalada, previamente la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE presentó el Plan Operativo Anual 2022 y fue aprobado por la Junta Directiva.

En mérito de lo expuesto,

### RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. Aprobar El Plan Operativo Anual de la Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E. para la vigencia 2024, correspondientes a Crecimiento y Aprendizaje, Procesos Internos, Usuarios y Perspectiva Financiera, los cuales forman parte integral de la presente resolución.

ARTICULO SEGUNDO: El Plan Operativo Anual será objeto de ajuste, una vez se apruebe el Plan de Desarrollo Institucional de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE para el periodo 2024 – 2027, por cambios en el direccionamiento estratégico de la entidad o cuando se identifique la necesidad de incluir cambios derivados del ciclo de mejoramiento.

ARTÍCULO TERCERO: Publicar El Plan Operativo Anual en la página web [www.pastosaludese.gov.co](http://www.pastosaludese.gov.co) por la oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.

---

<sup>4</sup> RESOLUCIÓN 408 DE 2018, “Por la cual se modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013”.

- ARTÍCULO CUARTO:** Difundir El Plan Operativo Anual al interior de la entidad, bajo responsabilidad de los funcionarios del nivel directivo, asesor, jefes de dependencias, áreas o líderes de procesos, a fin de asegurar el conocimiento y compromiso de ejecución con el personal de la organización. La difusión y los compromisos de ejecución deben soportarse mediante actas.
- ARTÍCULO QUINTO:** La ejecución y avance del Plan Operativo Anual debe reportarse trimestralmente a la Oficina Asesora de Planeación, con el fin de consolidar los avances de cada objetivo estratégico y del Plan de Desarrollo Institucional 2024 - 2027 de Pasto Salud ESE.
- ARTÍCULO SEXTO:** El Plan Operativo Anual, su ejecución y avance se someterán a procesos de autocontrol, seguimiento, análisis de desviaciones y mejoramiento continuo.
- ARTÍCULO SÉPTIMO:** El Plan Operativo Anual, en original y los soportes de su formulación y ejecución deben reposar en las series documentales de la Oficina Asesora de Planeación.
- ARTICULO OCTAVO:** El nivel directivo, asesor y líderes de procesos deberán realizar seguimiento trimestral del avance en la implementación de acciones orientadas a garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y sus correspondientes metas.
- ARTÍCULO NOVENO:** La Oficina de Control Interno de Gestión deberá realizar seguimiento al informe consolidado en la Oficina Asesora de Planeación de manera oportuna y sistemática a situaciones de incumplimiento en la implementación de acciones y cumplimiento de metas.
- ARTÍCULO DÉCIMO:** La presente resolución rige a partir de la fecha de expedición.

**PUBLIQUESE Y CÚMPLASE.**

Dada en San Juan de Pasto, a los dieciocho (18) días del mes de enero del año 2024.

**SEBASTIAN GRANJA ORDOÑEZ**  
Gerente.

Proyectó: Edgardo Romo Genoy, profesional universitario Planeación.

### 2. MARCO LEGAL

La Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE cuenta con un Plan de Desarrollo Institucional aprobado por la Junta Directiva mediante *Acuerdo 22 del 23 de diciembre* de 2020. Para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo de la Entidad, se ha definido la elaboración del Plan Operativo Anual 2024.

En su formulación se especifican y operativizan los objetivos estratégicos, las estrategias, las metas y los responsables, requerido para dar cumplimiento a la misión y la visión. Asimismo se asocian los procesos que se impactan en cada factor definido en el Plan de Desarrollo Institucional.

La aprobación y publicación de los Planes Operativos Anuales da cumplimiento *al artículo 74 de la ley 1474 de 2011*: “...todas las entidades del Estado a más tardar el 31 de enero de cada año, deberán publicar en su respectiva página web el Plan de Acción para el año siguiente, en el cual se especificarán los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, los planes generales de compras y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión junto a los indicadores de gestión”.

Tanto la Formulación como el informe de resultados del Plan Operativo Anual da cumplimiento a lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la *Resolución 408 del 2018*, al Indicador: “Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional”, fórmula: “numero de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación”.

La estructura de los Planes Operativos por Sede y Proceso da cumplimiento a lo dispuesto en el *estándar 63 de la resolución 5095 del 2018* del Manual de Acreditación en Salud, según el cual la Entidad debe contar e implementar “un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Existen planes operativos de los procesos e incluyen la contribución de las sedes al direccionamiento estratégico general. Los planes operativos cuentan con metas e indicadores que permiten evaluar la gestión de cada sede. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas”.



### 3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

#### **Misión**

Prestar servicios de atención primaria en salud con calidad y responsabilidad social en el área urbana y rural del municipio de Pasto, a través de Sedes integradas en red, con recurso humano comprometido y proactivo, procesos seguros, humanizados, efectivos y eficientes, enmarcados en un actuar íntegro que responda a las necesidades y expectativas de los grupos de interés.

#### **Visión**

En el año 2024, Pasto Salud ESE se posicionará prestando servicios de salud con estándares superiores de desempeño en gestión clínica, seguridad, humanización, talento humano competente, comprometido e íntegro, generando beneficios tangibles para nuestros grupos de interés y solidez financiera.

#### **Valores**

- **Diligencia:** Cumplir con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.
- **Justicia:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.
- **Compromiso:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.
- **Honestidad:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
- **Respeto:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

#### 4. PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS

##### 4.1. Factor Capacidad Instalada.

##### 4.1.1. Porcentaje de cumplimiento de las atenciones programadas de morbilidad general (tele consulta, presencial, prioritarias, procedimientos, consejerías).

<b>SEDE</b>		Redes: Norte - Sur - Oriente - Occidente.		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Capacidad Instalada.		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos.		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Optimizar la capacidad instalada mediante estrategias de uso de servicios		
<b>VIGENCIA</b>		<b>AÑO 2024</b>		
		<b>INDICADOR</b>		
No.	ESTRATEGIA	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META
23	Fortalecer el uso y la demanda de servicios, mediante el incremento de las atenciones en la Red de prestadores.	Porcentaje de cumplimiento de las atenciones programadas de morbilidad general, presencial, prioritarias, procedimientos, consejerías.	Número total de atenciones realizadas por morbilidad general (presencial, prioritarias).	85%
			Número total de Actividades programadas morbilidad general.	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Reemplazar usuarios inasistentes	Informe de pacientes reemplazados	Direcciones Operativas - SIAU	
2	Realizar Seguimiento y control a rendimiento y productividad de los profesionales	Informe de rendimiento y productividad	Direcciones operativas y Estadístico	
3	Compensar las horas docencia servicio	Agendas adicionales	Direcciones Operativas y profesionales	
4	Promocionar a través de medios de comunicación: páginas sociales, emisoras regionales o locales, los mecanismos para solicitar citas.	Plan de comunicaciones	Equipo de comunicaciones	

5	Enviar a usuarios mensajes de texto recordatorios de la fecha y hora de programación de citas a equipo móviles	Informe de mensajes enviado por proveedor	Oficina de comunicaciones y sistemas - atención al usuario.
---	--	---	---

**4.1.2. Porcentaje de cumplimiento de las atenciones realizadas por la ruta perinatal.**

<b>SEDE</b>		Redes: Norte - Sur - Oriente - Occidente.		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Capacidad Instalada		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Optimizar la capacidad instalada mediante estrategias de uso de servicios		
<b>VIGENCIA</b>		<b>AÑO 2024</b>		
		<b>INDICADOR</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	<b>META</b>
24	Fortalecer el uso y la demanda de servicios, mediante el incremento de las atenciones en la Red de prestadores	Porcentaje de cumplimiento de las atenciones realizadas por la ruta materno perinatal	Número total de atenciones realizadas por ruta materno perinatal (presencial maternas ,preconcepcional, posparto, recién nacido y IVE)	85%
			Número total de Actividades programadas de Ruta Materno Perinatal	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Realizar Seguimiento de bases nominales de preconcepcional, anticoncepción y maternas.	Bases nominales con seguimiento	Auxiliar referente del programa	
2	Realizar seguimiento a las pruebas de embarazo positivas y negativas, con reporte oportuno desde laboratorio clínico	Base de pruebas de embarazo con seguimiento	Tecnólogo de p y p y referente de programa	
3	Reportar a las EPS las usuarias renuentes y de difícil ubicación por direcciones incorrectas o cambios de domicilio.	Correo electrónico y/o oficios	Auxiliar referente del programa	
4	Contar con profesionales referentes para el programa de control prenatal (ruta materno perinatal)	Acta de asignación de referentes	Direcciones Operativas de Red	

5	Contar con auxiliar de enfermería para el seguimiento nominal, asignación de cita y personal extramural exclusivo para el programa.	Acta de asignación de referentes	Direcciones Operativas de Red
6	Canalización de los usuarios desde los diferentes servicios.	Formato de demanda inducida	Equipo de salud, Tecnólogo p y p

#### 4.1.3. Indicadores servicios de enfermería y medicina.

<b>SEDE</b>		Redes: Norte - Sur - Oriente - Occidente.		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Capacidad Instalada		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos.		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Optimizar la capacidad instalada mediante estrategias de uso de servicios		
<b>VIGENCIA</b>		<b>AÑO 2024</b>		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
1	Fortalecer el uso y la demanda de servicios, mediante el incremento de las atenciones en la Red de prestadores	Porcentaje de cumplimiento de las atenciones programadas por RIAS medicina y enfermería.	Número total de atenciones realizadas por RIAS( se toma todas las consultas por rías en medicina y enfermería)	85%
			Número total de actividades programadas de RIAS	
2	Fortalecer el uso y la demanda de servicios, mediante el incremento de las atenciones en la Red de prestadores	Porcentaje de cumplimiento de las atenciones programadas en RIAS enfermería.	Número total de atenciones realizadas por enfermera RIAS Consulta( se toma consultas de infancia-primera infancia-adolescencia-planificación realizadas por enfermería)	85%
			Número total de ACTIVIDADES programadas por enfermería RIAS Consulta	
3	Fortalecer el uso y la demanda de servicios, mediante el incremento de las atenciones en la Red de prestadores	Porcentaje de cumplimiento de actividades por procedimientos realizados por enfermería	Número total de procedimientos realizados por enfermera (se toma consejerías-inserción-extracción jadell y diu-citologías (DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO PRUEBAS DE ADN y TOMA NO QUIRURGICA)-electrocardiogramas, monitoreos fetales, nebulizaciones, suministros, toma de antígeno realizada por enfermera de consulta externa)	85%
			Número total de ACTIVIDADES programadas por enfermería procedimientos.	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE	RESPONSABLE	

		VERIFICACIÓN	
1	Implementar registro de demanda inducida sistematizada para identificar actividades pendientes y realizar seguimiento pertinente	Historia clínica.	Oficina de comunicación y sistemas, tecnólogo P Y P de las redes
2	Realizar seguimiento a las matrices nominales enviadas por las EAPB para la canalización de usuarios a las RIAS	Indicadores de cumplimiento de 3280.	Referente 3280 Pasto Salud ESE y tecnólogos de PYP de las redes
3	Canalizar a los usuarios a los diferentes programas desde los diferentes servicios. la consulta de RIAS.	Formato de demanda inducida	Equipo de salud, Tecnólogo p y p de las redes
4	Remplazar usuarios inasistentes	Informe de pacientes remplazados	SIAU, Equipo de salud
5	Articular intersectorial para realización de actividades de RIAS	cronograma de salidas equipo extramural	Tecnólogo P Y P de las redes

### 4.1.4. Indicadores Enfermedades Crónicas no transmisibles – ECNT -

<b>SEDE</b>		Redes: Norte - Sur - Oriente - Occidente.		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Capacidad Instalada		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos.		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Optimizar la capacidad instalada mediante estrategias de uso de servicios		
<b>VIGENCIA</b>		<b>AÑO 2024</b>		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
26	Fortalecer el uso y la demanda de servicios, mediante el incremento de las atenciones en la Red de prestadores	Productividad de la capacidad instalada en consultas programadas del servicio de ECNT por hora	Número total de atenciones realizadas por programa de ECNT presencial (se toma los crónicos con Dx I10X-E100 a E149-N189)	85%
			Total actividades programadas de personal asistencial asignadas programa de ECNT presencial	
35	Mejorar la cobertura por servicios en RIAS y crónicos mediante el incremento de intervenciones para la población asignada de régimen subsidiado en el sector urbano y rural del Municipio de Pasto	Porcentaje de atención a población crónica	Número total de personas que recibe una intervención definida por crónicos (base de crónicos de referente de crónicos)	85%
			Número total de población asignada a las crónicos	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				

No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE
1	Mantener el seguimiento nominal para programación de actividades pertinentes para la población con ECNT	Matriz de seguimiento nominal	Auxiliar referente de crónicos
2	Reportar a las EPS los usuarios renuentes y de difícil ubicación por direcciones incorrectas o cambios de domicilio, fallecidos y pacientes pertenecen al programa de nefroproteccion	Correo electrónico y/o oficios	Auxiliar referente de crónicos
3	Contar con profesionales referentes para el programa de ECNT.	Acta de designación	Direcciones Operativas
4	Contar con auxiliar de enfermería para el seguimiento nominal y asignación de cita, y personal extramural exclusivo para el programa.	Acta de designación	Direcciones Operativas
5	Remplazo de usuarios inasistentes	Informe de pacientes remplazados	Auxiliar referente de crónicos
6	Revisión de la capacidad instalada en las diferentes sedes y ajuste de ser necesario	Acta de reunión y agendas adicionales	Subgerencia de salud e investigación, Direcciones Operativas y referente de programa
7	Diligenciar disentimiento informado ante la renuencia del usuario (3 visitas domiciliarias)	Disentimiento informado	Auxiliar de enfermería extramural
8	Realizar reporte mensual a la aseguradora de los disentimientos informados para ajuste del indicador	Informe consolidado de disentimientos informados	Directores Operativos
9	Solicitar a subgerencia de Salud la gestión frente a la aseguradora para la toma de decisiones frente a los usuarios renuentes	Comunicación oficial	Directores Operativos

#### 4.1.5. Porcentaje de cumplimiento de actividades programadas por Psicología.

<b>SEDE</b>		Redes: Norte - Sur - Oriente - Occidente.		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Capacidad Instalada		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Optimizar la capacidad instalada mediante estrategias de uso de servicios		
<b>VIGENCIA</b>		<b>AÑO 2024</b>		
		<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
31	Fortalecer el uso y la demanda de servicios,	Porcentaje de cumplimiento de actividades	Número total de atenciones realizadas por psicología (consultas, interconsultas y psicoterapias)	85%

	mediante el incremento de las atenciones en la Red de prestadores	programadas por Psicología	Número total de ACTIVIDADES programadas por psicología (consultas, interconsultas y psicoterapias)	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Se debe continuar con el remplazo de pacientes en caso de inasistencia.	Informe de remplazo de pacientes	SIAU - Equipo de salud	
2	Enviar a usuarios mensajes de texto recordatorios de la fecha y hora de programación de citas a equipo móviles	Informe de mensajes enviado por proveedor	Oficina de comunicaciones y sistemas - atención al usuario	
3	Realizar seguimiento a la matriz nominal de salud mental.	Matriz de seguimiento nominal	Psicóloga	
4	Fortalecer la adherencia a la ruta materna perinatal, ECNT, TB y pacientes de urgencias, hospitalizados y casos especiales que requiera la consulta psicológica	Matrices nominal, historia clínica, registros de atenciones con seguimiento de consulta por psicología	Equipo de salud y Auxiliar referente	

**4.1.6. Porcentaje de cumplimiento de atenciones en nutrición.**

<b>SEDE</b>		Redes: Norte - Sur - Oriente - Occidente.		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Capacidad Instalada		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos.		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Optimizar la capacidad instalada mediante estrategias de uso de servicios		
<b>VIGENCIA</b>		<b>AÑO 2024</b>		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
32	Fortalecer el uso y la demanda de servicios, mediante el incremento de las atenciones en la Red de prestadores	Porcentaje de cumplimiento de atenciones en nutrición	Número total de atenciones realizadas por nutrición ( consultas-interconsultas)	85%
			Número total de actividades programadas por nutrición	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE	RESPONSABLE	

		VERIFICACIÓN	
1	Fortalecer la adherencia a la ruta materna perinatal, ECNT y estrategia AIEPI, TB con relación a la remisión de los usuarios a la consulta nutricional.	Matrices nominales con seguimiento de consulta por nutrición	Auxiliar referente
2	Realizar interconsulta de pacientes hospitalizados	Historia clínica	Nutricionista
3	Enviar a usuarios mensajes de texto recordatorios de la fecha y hora de programación de citas a equipo móviles	Informe de mensajes enviado por proveedor	Oficina de comunicaciones y sistemas - atención al usuario
4	Agendar pacientes adicionales para remplazo de usuarios inasistentes	Agenda	Atención al usuario

**4.1.7. Porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas en odontología.**

<b>SEDE</b>		Redes: Norte - Sur - Oriente - Occidente		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Capacidad Instalada		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos.		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Optimizar la capacidad instalada mediante estrategias de uso de servicios		
<b>VIGENCIA</b>		<b>AÑO 2024</b>		
		<b>INDICADOR</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	<b>META</b>
33	Fortalecer el uso y la demanda de servicios, mediante el incremento de las atenciones en la Red de prestadores	Porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas en odontología	Número total de actividades realizadas en odontología en el periodo (se toma todas las consultas y procedimientos de odontología incluyendo urgencias odontológicas)	85%
			Número total de actividades programadas por odontología (Total de horas asignadas a labor asistencial x meta de actividades planeadas)	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Articulación con las instituciones educativas para atención de RIAS	Comunicación oficial	Directores Operativos	
2	Remitir desde todos los servicios a las Rutas de atención en odontología	Formato de demanda inducida	Equipo de salud	



3	Fortalecer la adherencia a la ruta materna perinatal, ECNT, estrategia AIEPI con relación a la remisión de los usuarios a la consulta odontológica.	Matrices nominales con seguimiento de consulta por odontología	Auxiliar referente
4	Seguimiento a bases nominales enviadas por la EAPB	Bases nominales	Tecnólogo P Y P

**4.1.8. Indicadores: Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS –.**

<b>SEDE</b>		Redes: Norte - Sur - Oriente - Occidente		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Capacidad Instalada		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos.		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Optimizar la capacidad instalada mediante estrategias de uso de servicios		
<b>VIGENCIA</b>		<b>AÑO 2024</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
36	Mejorar la cobertura por servicios en RIAS y crónicos mediante el incremento de intervenciones para la población asignada de régimen subsidiado en el sector urbano y rural del Municipio de Pasto	Porcentaje de atención a población asignada a las RIAS primera infancia	Número total de personas que recibe una intervención definida por RIA primera infancia	85%
			Número total de población asignada a las RIA Primera Infancia	
37	Mejorar la cobertura por servicios en RIAS y crónicos mediante el incremento de intervenciones para la población asignada de régimen subsidiado en el sector urbano y rural del Municipio de Pasto	Porcentaje de población intervenida en RIAS infancia	Número total de personas que recibe una intervención definida por RIA infancia ( se toma consulta médica y enfermería se quita duplicados)	79%
			Número total de población asignada a las RIA Infancia	

38	Mejorar la cobertura por servicios en RIAS y crónicos mediante el incremento de intervenciones para la población asignada de régimen subsidiado en el sector urbano y rural del Municipio de Pasto	Porcentaje de población intervenida en RIAS adolescencia	Número total de personas que recibe una intervención definida por RIA Adolescencia ( se toma consulta médica y enfermería se quita duplicados)	39%
			Número total de población asignada a las RIA Adolescencia	
39	Mejorar la cobertura por servicios en RIAS y crónicos mediante el incremento de intervenciones para la población asignada de régimen subsidiado en el sector urbano y rural del Municipio de Pasto	Porcentaje de atención a población definida por RIA juventud	Número total de personas que recibe una intervención definida por RIA Juventud ( se toma consulta médica y enfermería se quita duplicados)	60%
			Número total de población asignada a las RIA Juventud	
40	Mejorar la cobertura por servicios en RIAS y crónicos mediante el incremento de intervenciones para la población asignada de régimen subsidiado en el sector urbano y rural del Municipio de Pasto	Porcentaje de personas intervenidas por RIAS adultez	Número total de personas que recibe una intervención definida por RIA Adultez ( se toma consulta médica y enfermería se quita duplicados)	16%
			Número total de población asignada a las RIA Adultez	
41	Mejorar la cobertura por servicios en RIAS y crónicos mediante el incremento de intervenciones para la población asignada de régimen subsidiado en el sector urbano y rural del Municipio de Pasto	Porcentaje de personas que recibe una intervención definida por RIAS vejez	Número total de personas que recibe una intervención definida por RIA Vejez ( se toma consulta médica y enfermería se quita duplicados)	45%
			Número total de población asignada a las RIA Vejez	

### PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META

No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE
1	Requerir las bases de datos depurada y actualizadas de los usuarios de las EAPB con las que se tiene contrato para la canalización a las RIAS	Correo electrónico de solicitud	Subgerencia de salud e investigación, Direcciones Operativas, tecnólogos de promoción y prevención.
2	Realizar seguimiento a las matrices nominales enviadas por las EAPB para la canalización de usuarios a las RIAS	Indicadores de cumplimiento de 3280	Referente 3280 Pasto Salud ESE tecnólogos de pyp
3	Canalizar a los usuarios a las RIAS desde los diferentes servicios.	Formato de demanda inducida	Equipo de salud, Tecnólogo p y p.

4	Remplazar de usuarios inasistentes	Informe de pacientes remplazados	SIAU
5	Participar en las reuniones de evaluación de resultados de cumplimiento con las diferentes EAPB	Acta de reunión y listados de asistencia	Subgerencia de salud e investigación, Direcciones Operativas, enfermeras administrativas, tecnólogos de P y P
6	Diligenciar disentimiento informado ante la renuencia del usuario (3 visitas domiciliarias)	Disentimiento informado	Auxiliar de enfermería extramural
7	Realizar reporte mensual a la aseguradora de los disentimientos informados para ajuste del indicador	Informe consolidado de disentimientos informados	Directores Operativos
8	Asignación de metas de demanda inducida a RIAS a los integrantes del equipo de salud	Registro de demanda inducida	Equipo de salud Tecnólogos de promoción y prevención.
9	Seguimiento al cumplimiento de metas de demanda inducida a RIAS a los integrantes del equipo de salud	Matriz de Indicadores de cumplimiento de 3280	Tecnólogos de Promoción y prevención.
10	Asistencia y participación en convocatorias a mesas de trabajo con diferentes EPS	Acta de reunión y listados de asistencia	Subgerencia de salud e investigación, coordinador de P y M, Tecnólogos de promoción y prevención y tecnólogo de Subgerencia.

4.2. Factor Gestión Clínica.

4.2.1. Indicadores Gestantes, Hipertensión y Diabetes mellitus.

<b>SEDE</b>		Norte- Sur- Oriente- Occidente		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Gestión Clínica		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mejorar y mantener las condiciones de salud de la población a través de un modelo de prestación de servicios seguro, oportuno, efectivo y pertinente.		
<b>VIGENCIA</b>		<b>Año 2024</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
42	Mantener y Fortalecer la gestión clínica a través del modelo de prestación de servicios de salud, mejorando el seguimiento, evaluación y el desempeño de sus indicadores.	Proporción de Captación de gestantes antes de las 10 semanas	Número de gestantes captadas antes de las 10 semanas de gestación.	80%
			Total de gestantes inscritas en el periodo.	
43		Proporción de Pacientes con HTA Controlada	Número total de pacientes que 6 meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo a las metas recomendadas por la guía de práctica clínica basada en evidencia.	60%
			Número total de pacientes hipertensos inscritos en el programa.	
44		Proporción de Pacientes con Diabetes Mellitus Controlada	Número de pacientes con diabetes mellitus a quienes se les ha realizado HbA1c en los últimos 6 meses con HbA1c < 7	60%
			Número total de pacientes diabéticos inscritos en el programa	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Reporte oportuno de las pruebas de embarazo positivas y negativas a líder de la RIA MP de la EAPB	Reporte pruebas de embarazo - re porteador Sistema SIOS	Enfermeras Administrativas Tecnólogos PYP	

2	Revisar y cumplir con la ruta interna de canalización de las usuarias desde el resultado positivo al ingreso al control prenatal desde los diferentes servicios donde son identificadas.	Base de pruebas de embarazo y Base Nominal de Ruta materno perinatal	Equipo de Salud
3	Generando reporte mensual desde laboratorio clínico de la fecha de toma y resultado de HBA1c, para que desde la oficina de sistemas de actualice la información en la base nominal de ECNT	Informe de Laboratorio Base Nominal de ECNT	Laboratorio Clínico Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas
4	Realizando Auditoria interna de adherencia a la solicitud y toma de HBA1 y retroalimentación al personal	Informe de Auditoria	Oficina de Auditoria para el mejoramiento de la calidad
5	Realizando la priorización para Interconsulta con médico internista de pacientes con diagnóstico de DM no controlados	Informe de Interconsulta	Equipo de Salud
6	Realizando valoración por parte del químico farmacéutico a los pacientes de HTA y DM descompensados y no adherentes	Informe de intervenciones de QF	QF
7	Revaloración con médico general de pacientes con diagnóstico de DM no controlados	Historia Clínica y base de crónicos	Auxiliares Referentes de ECNT de cada Red Equipo de Salud
8	Seguimiento a los casos de evitabilidad con diagnósticos de HTA y DM reportados a la ESE Pasto Salud	Historia Clínica	Equipo de Salud

**4.2.2. Evaluación de aplicación de la guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.**

<b>SEDE</b>		Pasto salud ESE		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Gestión Clínica		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar y mantener las condiciones de salud de la población a través de un modelo de prestación de servicios seguro, oportuno, efectivo y pertinente.		
<b>PROCESO</b>		Proceso de gestión ambulatoria		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Evaluar la adherencia de las historias clínicas de primera infancia e infancia, de acuerdo a la guía actual adoptada por la Empresa		
<b>VIGENCIA</b>		<b>2024</b>		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
	Mantener y fortalecer la gestión clínica a través del modelo de prestación de servicios de salud, mejorando el seguimiento, evaluación y el desempeño de sus indicadores.	Evaluación de aplicación de la guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	Número de historias clínicas que hacen parte de una muestra representativa de niños (as), menores de 11 años a quienes se les aplicó, estrictamente la guía técnica para la detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo  Número de historias clínicas de niños (as), menores de 11 años incluidos en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación	Mayor o igual a 80%
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Implementar anexos a las historias clínicas de primera infancia e infancia	Formatos actualizados en SIOS	Líder proceso de gestión ambulatoria, Jefe oficina comunicaciones y sistemas	
2	Implementar la guía de práctica segura de la población infantil en urgencias	Guía de práctica segura estandarizada	Profesional seguridad del paciente	
3	Generar despliegue de las rutas de primera infancia e infancia	Rutas, Listas de despliegue o informe PIC	Líder proceso de gestión ambulatoria, Profesional Especializado área de la salud	
4	Realizar auditoria trimestral a las guías de primera infancia e infancia	Informes de auditoría a registros clínicos	Profesional Especializado área de la salud	
5	Retroalimentar los resultados de auditoria	Acta comité de historias clínicas, Informes de retroalimentación	Profesional Especializado área de la salud	

### 4.2.3. Evaluación de aplicación de la guía de enfermedad hipertensiva.

<b>SEDE</b>		Pasto salud ESE		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Gestión Clínica		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar y mantener las condiciones de salud de la población a través de un modelo de prestación de servicios seguro, oportuno, efectivo y pertinente.		
<b>PROCESO</b>		Proceso de gestión ambulatoria		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Evaluar la adherencia de las historias clínicas de hipertensión arterial, de acuerdo a la guía actual adoptada por la Empresa		
<b>VIGENCIA</b>		<b>2024</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
	Mantener y fortalecer la gestión clínica a través del modelo de prestación de servicios de salud, mejorando el seguimiento, evaluación y el desempeño de sus indicadores.	Evaluación de aplicación de la guía de enfermedad hipertensiva.	Número de historias clínicas que hacen parte de una muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva.	Mayor o igual al 90%
		Evaluación de aplicación de la guía de enfermedad hipertensiva.	Total de historias clínicas auditadas de una muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la vigencia objeto de la evaluación.	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Implementar cambios en historia clínica de crónicas de acuerdo a necesidades	Formato de historia clínica crónicas	Líder proceso de gestión ambulatoria, Jefe oficina comunicaciones y sistemas	
2	Generar despliegue de las guía de Hipertensión arterial con casos clínicos	Listas de despliegue o informe PIC	Líder proceso de gestión ambulatoria, Profesional Especializado área de la salud	
3	Implementar guía rápida de atención en hipertensión arterial	Guía rápida de atención	Profesional universitario medicina	
4	Realizar auditoria trimestral a la guía de hipertensión arterial	Informes de auditoría a registros clínicos	Profesional Especializado área de la salud	
5	Retroalimentar los resultados de auditoria	Acta comité de historias clínicas, Informes de retroalimentación	Profesional Especializado área de la salud	
6	Retroalimentación personalizada de resultados de auditoria a la guía de hipertensión arterial	Informes de retroalimentación de hallazgos	Profesional universitario medicina	

**4.2.4. Proporción de registros pertinentes de referencias**

<b>SEDE</b>		Pasto Salud		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Gestión Clínica		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar y mantener las condiciones de salud de la población a través de un modelo de prestación de servicios seguro, oportuno, efectivo y pertinente.		
<b>PROCESO</b>		Proceso de gestión ambulatoria y de urgencias		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Evaluar la pertinencia de las historias clínicas de referencia y contrareferencia a nivel interno y externo de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.		
<b>VIGENCIA</b>		<b>2024</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
1	Mantener y fortalecer la gestión clínica a través del modelo de prestación de servicios de salud, mejorando el seguimiento, evaluación y el desempeño de sus indicadores.	Proporción de registros pertinentes de referencias	Número de historias clínicas de referencia pertinentes que hacen parte de una muestra representativa	Mayor o igual a 90%
			Total de historias clínicas auditadas de una muestra representativa de pacientes a quienes se remitió en la vigencia objeto de evaluación	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Elaborar el Plan de Auditoría	Plan de Auditoría	Profesional especializado área de la salud - líder de auditoría	
2	Generar cambios a historia clínica de referencia	Historia clínica SIOS	Profesional auditoría	
3	Preparar los instrumentos de captura de información que se aplicarán en el desarrollo de la auditoría de acuerdo a los criterios de la auditoría	Instrumentos de auditoría	Profesional Universitaria- auditor Líder	
4	Desarrollar la auditoría generando los respectivos hallazgos	Instrumentos de auditoría diligenciados	Profesional Universitaria- auditor Líder	
5	Revisar y consolidar la información registrada en los instrumentos de auditoría o seguimiento y preparar informe preliminar de la misma	Informe de auditoría	Profesional Universitaria- auditor Líder	
6	Retroalimentación de la auditoría	Retroalimentación de la auditoría	Profesional Universitaria	



#### 4.2.5. Tiempo promedio para referencias de urgencias.

<b>SEDE</b>		Pasto salud		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Gestión Clínica		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar y mantener las condiciones de salud de la población a través de un modelo de prestación de servicios seguro, oportuno, efectivo y pertinente.		
<b>PROCESO</b>		Proceso de gestión de urgencias		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mejorar la oportunidad entre la hora de la salida de los pacientes remitidos desde nuestras sedes y la hora de llegada de la recepción por las Instituciones de mayor complejidad, correspondiente a las referencias y/o remisiones realizadas por los profesionales en medicina del servicio de urgencias de las sedes de la Empresa Social del Estado PASTO SALUD ESE.		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
1	Mantener y fortalecer la gestión clínica a través del modelo de prestación de servicios de salud, mejorando el seguimiento, evaluación y el desempeño de sus indicadores.	Tiempo promedio para referencias de urgencias	Sumatoria de minutos transcurridos entre la definición de referencia y la recepción por las IPS de mayor complejidad	Menor a 15 minutos
			Total de referencias realizadas	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Solicitar a los radioperadores el Registro Diario de traslados - TAB	Registro Diario de traslados - TAB	Profesional especializado área de la salud -profesional auditoria	
2	Implementar matriz de registro diario de traslado de acuerdo ajustes realizados	Registro Diario de traslados - TAB	Radioperador	
3	Depurar la información necesaria que hace parte del Registro Diario de traslados - TAB, para consolidar el indicador	Registro Diario de traslados - TAB	Profesional especializado área de la salud -profesional auditoria	
4	Capacitar al personal de radioperadores de la Empresa Social del Estado PASTO SALUD ESE, en Referencia y Contrareferencia en el tema de retroalimentación de los resultados del indicador.	Lista de asistencia	Profesional especializado área de la salud -profesional auditoria	
5	Verificar trimestralmente tendencia de los resultados	Resultados del Indicador: Tiempo promedio para referencias de urgencias	Profesional especializado área de la salud -profesional auditoria	

**4.2.6. Indicadores morbi mortalidad.**

<b>SEDE</b>		Administrativa		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Gestión Clínica		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Disminuir las Muertes Maternas, MPN, MME, Sífilis Congénita		
<b>VIGENCIA</b>		2022		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
26	Fortalecer los servicios de promoción y mantenimiento de la salud en la población a cargo.	Tasa de Mortalidad Materna Evitable.	Número de muertes maternas por causas atribuibles al embarazo, parto o puerperio (42 días después del parto) por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto, puerperio.	0
			Número total de nacidos vivos en un periodo.	
27		Tasa de Morbilidad Materna Extrema	Número de casos presentados en Pasto Salud ESE en morbilidad materna extrema	=< 40
			Número total de nacidos vivos en un periodo	
28	Tasa de Mortalidad Perinatal Evitable.	Número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los 7 días completos después del nacimiento.	=< 11	
		Número total de Nacidos vivos en un periodo.		
29	Razón de Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE.	Número de casos nuevos de Sífilis congénita.	0	
		Número total de nacidos vivos en un periodo.		
PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Elaborar Plan de mejoramiento teniendo en cuenta demoras identificadas en análisis interno-externo, estableciendo acciones efectivas que refleje impacto	Plan de mejoramiento firmado y ejecutado.	IPS Red Publica	
2	Capacitación al personal médico en guías; Emergencias Obstétricas, Muerte Perinatal, MPN, MME, RIAS Materno Infantil, Toxoplasmosis Gestacional, Sífilis Gestacional, Congénita	Oficio de convocatoria, lista de asistencia, resultados de evaluación	IPS Red Publica	

<b>SEDE</b>		Administrativa		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Gestión Clínica		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Monitorizar los casos de bajo peso al nacer, Disminuir los casos de muerte por desnutrición, EDA, IRA en menores de 5 años.		
<b>VIGENCIA</b>		2022		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
30	Fortalecer los servicios de promoción y mantenimiento de la salud en la población a cargo.	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer	Número de casos presentados en Pasto Salud ESE con bajo peso al nacer	0
			Número total nacidos vivos	
31		Razón de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	Número de muertes por desnutrición en menores de 5 años	0
			Número total de menores de 5 años	
32	Razón de Mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años	Número de muertes por EDA en menores de 5 años	0	
		Número total de menores de 5 años		
33	Razón de mortalidad por IRA en menores de 5 años	Número de muertes por IRA en menores de 5 años	0	
		Número total de menores de 5 años		
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Elaborar Plan de mejoramiento teniendo en cuenta demoras identificadas en análisis interno-externo, estableciendo acciones efectivas que refleje impacto	Plan de mejoramiento firmado y ejecutado.	IPS Red Publica	
2	Capacitación al personal médico en: Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad, Estrategia AIEPI	Oficio de convocatoria, lista de asistencia, resultados de evaluación	IPS Red Publica	

### 4.3. Factor Seguridad del Paciente.

#### 4.3.1. Indicadores eventos adversos.

<b>SEDE</b>		Sede administrativa y sedes que conforman las redes.		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Seguridad del Paciente		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión de calidad		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Prevenir y detectar acciones inseguras, incidentes y eventos adversos generados en el proceso de atención, para ser analizados, implementar barreras de seguridad y lograr aprendizaje institucional.		
<b>VIGENCIA</b>		<b>2024</b>		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
34	Fortalecer el seguimiento y mejora sistemática de las causas generadoras de incidentes y eventos adversos, estableciendo acciones efectivas derivadas del aprendizaje y apropiación del talento humano	Proporción de eventos adversos asociados a la atención en salud	Número de eventos adversos presentados	<=0,016
			Total de atenciones (total consultas ambulatorias, urgencias y egresos hospitalización)	
35	Fortalecer el seguimiento y mejora sistemática de las causas generadoras de incidentes y eventos adversos, estableciendo acciones efectivas derivadas del aprendizaje y apropiación del talento humano	Proporción de infecciones asociadas a la atención en salud	Número de Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)	<=0.009
			Total de atenciones ambulatorias, urgencias y hospitalización que pueden generar IAAS	
36	Fortalecer el seguimiento y mejora sistemática de las causas generadoras de incidentes y eventos adversos, estableciendo acciones efectivas derivadas del aprendizaje y apropiación del talento humano	Proporción de eventos adversos centinela	Numero de eventos adversos centinela	<=0,0014
			Total de consultas ambulatorias, urgencias más egresos en hospitalización	
37	Fortalecer el seguimiento y mejora sistemática de las causas generadoras de incidentes y eventos adversos, estableciendo acciones efectivas derivadas del aprendizaje y apropiación del talento humano	Proporción de eventos adversos gestionados	Número de eventos adversos gestionados	100%
			Número total de eventos adversos presentados	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				

No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE
1	Capacitación continua al personal asistencial en guías de práctica segura, guías de práctica clínica y protocolos de atención que contribuyan a brindar una atención segura y de calidad a nuestros pacientes.	Listas de asistencia, informe de capacitación	Líder y equipo de seguridad del paciente Medica del equipo de auditoria DOR
2	Ejecutar rondas de seguridad y acompañamiento de auxiliares de seguridad del paciente para monitorear la adherencia al programa de seguridad del paciente y gestión de riesgos	Listas de verificación de rondas de seguridad	Líder y equipo de seguridad del paciente
		Listas de asistencia	
		Informe trimestral de rondas de seguridad	
		Cumplimiento de indicadores del programa	
3	Realizar búsqueda activa de eventos centinela, analizar y definir si están asociados a acciones inseguras, formular acciones de mejoramiento, implementar barreras de seguridad y lecciones aprendidas	Acta de análisis de eventos centinela	Líder y equipo de seguridad del paciente
		Plan de mejoramiento	
		Lista de asistencia	
4	Realizar seguimiento a la gestión de eventos clínicos a través de plataforma “yo reporto “	Plataforma “yo reporto”	Enfermera de seguridad del paciente
		Informe seguimiento a la gestión de eventos clínicos	
5	Actualizar, socializar e implementar los riesgos de procesos, riesgos clínicos y poblacionales para mejorar la seguridad del paciente	Matriz de riesgos actualizadas	Líder seguridad del paciente, líderes de procesos y líder de gestión del riesgo
		Listas de asistencia	
		Informe de seguimiento a Riesgos	
6	Fortalecer la biblioteca de seguridad del paciente y su consulta continua por parte del personal asistencial de las diferentes sedes	Registro de visitantes a la biblioteca de seguridad del paciente	Odontóloga responsable- Líder oficina de sistemas y comunicaciones

#### 4.4. Factor Servicio Farmacéutico.

##### 4.4.1. Indicadores Servicio Farmacéutico.

<b>SEDE</b>		Red Norte, Sur, Oriente y Occidente.		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Servicio farmacéutico.		
<b>PERSPECTIVA</b>		Crecimiento y aprendizaje, mejoramiento de los procesos, satisfacción del cliente, sostenibilidad financiera.		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mantener Desarrollo integral del talento humano, mejoramiento de procesos internos, enfoque a usuarios, eficiencia financiera.		
<b>PROCESO</b>		Gestión servicio farmacéutico.		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mantener y Fortalecer la implementación del proceso de gestión del servicio farmacéutico, mediante la selección, adquisición, recepción, almacenamiento y dispensación de medicamentos.		
<b>VIGENCIA</b>		<b>2024</b>		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
1	Fortalecer el reporte de problemas y eventos adversos derivados del uso de medicamentos en cumplimiento de los marcos normativos establecidos	Eventos adversos relacionados con medicamentos	Número de eventos adversos relacionados con medicamentos	<=0,01
			Total de medicamentos formulados	
2	Fortalecer el reporte de problemas y eventos adversos derivados del uso de medicamentos en cumplimiento de los marcos normativos establecidos	Proporción de Problemas relacionados con medicamentos	Número de problemas relacionados con medicamentos (Errores de formulación, dispensación, administración y almacenamiento)	<=0,2
			Total de medicamentos formulados	
3	Fortalecer el reporte de problemas y eventos adversos derivados del uso de medicamentos en cumplimiento de los marcos normativos establecidos	Proporción de incidentes y/o eventos adversos relacionados con dispositivos médicos	Número de incidentes y/o eventos adversos relacionados con dispositivos médicos reportados	<=0,2
			Total de paciente atendidos	
4	Educar e informar al paciente acerca de cómo tomar sus medicamentos, como almacenarlos en casa, como desechar medicamentos vencidos o sobrantes, reacciones adversas, mejorando la adherencia al tratamiento farmacológico.	Proporción de usuarios que recibieron la información sobre uso de medicamentos	Número de usuarios con conocimiento sobre el uso de medicamentos	<=80%
			Total de usuarios a quienes se les indagó sobre el uso de medicamentos	
5	Fortalecer la entrega de medicamentos a	Proporción en la entrega de medicamentos	Total medicamentos dispensados inmediatamente que son solicitados en el servicio farmacéutico	>=98%

	domicilio enmarcado en la política de atención primaria en salud		Total de medicamentos formulados	
6		Proporción de productos farmacéuticos entregados a domicilio	Número de productos farmacéuticos entregados domicilio	>=90%
			Total de productos farmacéuticos que el usuario aceptó su entrega en el domicilio	
7		Tiempo promedio para la entrega de medicamentos a domicilio	Total de productos farmacéuticos que el usuario aceptó su entrega en el domicilio	>=48 Horas
			Tiempo transcurrido entre que el paciente acepta la entrega a domicilio y el día en el cual se le entrega los medicamentos en el domicilio	

### PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META

No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE
1	Fortalecer el reporte de problemas relacionados con el uso de medicamentos y dispositivos médicos, retroalimentación sistemática de los resultados de los programas de farmacovigilancia, tecno vigilancia y de alertas de seguridad de INVIMA	Listados de asistencia a capacitaciones programadas, boletín trimestral de farmacovigilancia y tecno vigilancia, Oficios de reconocimiento de reporte y oficio de retroalimentación de hallazgos, actas de comité de farmacia y terapéutica	Profesional Universitario Servicio Farmacéutico
2	Fortalecer la entrega de medicamentos a domicilio enmarcado en la política de atención primaria en salud	Formato GSF-SEM-395, Proporción de productos farmacéuticos entregados a domicilio	Profesional Universitario Servicio Farmacéutico
3	Fortalecer la educación al paciente acerca de cómo tomar sus medicamentos, como almacenarlos en casa, como desechar medicamentos vencidos o sobrantes, reacciones adversas, mejorando la adherencia al tratamiento farmacológico mediante el consultorio farmacológico y la educación en la dispensación.	Registro de Información al Usuario en uso de Medicamentos Gsf-Riu-311	Profesional Universitario Servicio Farmacéutico

**4.5. Factor Gestión Ambiental.**

**4.5.1. Proporción de destinación a reciclaje.**

<b>SEDE</b>		Red Norte, Red Sur, Red Oriente, Red Occidente		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Ambiente Físico Gestión Ambiental		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Todos los procesos		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mantener y fortalecer la gestión del ambiente físico, mediante el suministro de elementos necesarios para la operación de los procesos, la gestión ambiental y el mantenimiento de infraestructura hospitalaria		
<b>VIGENCIA</b>		<b>2024</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
1	Fortalecer la información y educación a los colaboradores de la Entidad sobre reciclaje, limpieza y desinfección de todas las áreas	Proporción de destinación a reciclaje	Kg Residuos Aprovechables	<=20%
			Kg Total Residuos Generados	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Disponer en el 100% de los ambientes de trabajo los contenedores necesarios, según la norma.	Ambientes de trabajo dotados	Director Operativo Auxiliar almacén Ingeniero ambiental	
2	Alcanzar una cobertura del asistencia a capacitaciones del talento humano en la segregación de residuos en la fuente al 90%	Listado de asistencia, informe plataforma Moodle	Directores Operativos	
3	Retroalimentar al 90% de talento Humano los resultados del seguimiento realizado a la segregación de residuos en la fuente	Registros de asistencia	Directores Operativos Enfermera administrativa Ingeniero ambiental	



4	Promover en el 100% de las IPS la política de 0 uso de papel	Registros de asistencia	Directores Operativos Enfermera administrativa Ingeniero ambiental
5	Alcanzar una cobertura del asistencia a capacitaciones del talento humano en PGIRASA del 90%	Listado de asistencia, informe plataforma Moodle	Directores Operativos Ingeniero ambiental
6	Participar activamente en la campaña Ecoamigos	Indicador de proporción de destinación a reciclaje	Directores Operativos Equipo de salud

### 4.5.2. Proporción de efectividad de la limpieza y desinfección.

<b>SEDE</b>		Red Norte, Red Sur, Red Oriente, Red Occidente.		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Ambiente Físico Gestión Ambiental		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Todos los procesos		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mantener y fortalecer la gestión del ambiente físico, mediante el suministro de elementos necesarios para la operación de los procesos, la gestión ambiental y el mantenimiento de infraestructura hospitalaria		
<b>VIGENCIA</b>		<b>2024</b>		
		<b>INDICADOR</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	<b>META</b>
1	Fortalecer la información y educación a los colaboradores de la Entidad sobre reciclaje, limpieza y desinfección de todas las áreas	Porcentaje de efectividad de limpieza y desinfección.	No. de toma de cultivos que cumplen	90%
			No. Total de toma de cultivos realizados	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Desplegar y evaluar la comprensión del Protocolo de Limpieza y Desinfección	Lista de asistencia Calificaciones Evaluaciones	Ingeniero Ambiental	

2	Despliegue del uso del auditor de limpieza y desinfección y el formato 332 - Lista de Chequeo para monitorear la correcta aplicación de los protocolos de Limpieza y desinfección	Lista de Asistencia Evaluaciones Lista de Entrega de Kit Auditor de limpieza y desinfección	Ingeniero Ambiental
3	Verificar los indicadores mensuales de pruebas de la superficie.	Resultados pruebas de superficie del laboratorio certificado que realizo las pruebas	Ingeniero Ambiental
4	Verificación semestral al proceso de limpieza y desinfección de las todas las IPS'S	Formato 289 - Lista de Verificación de Cumplimiento del Proceso de Gestión Ambiental Para IPS Informe	Ingeniero Ambiental - Contratista apoyo gestión ambiental

#### 4.6. Factor Ambiente Físico Suministros.

##### 4.6.1. Indicadores Suministros.

<b>SEDE</b>		Administrativa		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Ambiente Físico - Suministros		
<b>PERSPECTIVA</b>		Mejoramiento de Procesos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión de Ambiente Físico		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mantener y fortalecer la gestión del ambiente físico, mediante el suministro de elementos necesarios para la operación de los procesos, la gestión ambiental y el mantenimiento de infraestructura hospitalaria		
<b>VIGENCIA</b>		AÑO 2024		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
	Mantener y mejorar los procesos de planificación y adquisición de suministros y productos farmacéuticos	Proporción de ejecución del Plan Anual de Adquisiciones	Valor ejecutado	>=80%
			Valor programado	
		Proporción de medicamentos y material médico	Valor total de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas o mecanismos electrónicos	=80%

	quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras electrónica	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico	
	Proporción de proveedores satisfechos (Medianamente satisfechos, satisfecho y muy satisfecho)	Número de respuestas positivas de los proveedores encuestados	≥80%
		Total de repuestas de los proveedores encuestados x 100	
	Proporción de proveedores satisfechos respecto a la oportunidad en el pago	Número de proveedores con respuesta positiva	≥80%
		Número total de proveedores encuestados x 100	
	Proporción de proveedores críticos, evaluados como poco confiables	Número de proveedores evaluados como poco confiables	≤10%
		Total proveedores evaluados x 100	
	Tiempo promedio para entrega de elementos solicitados	Sumatoria de días para entrega de elementos desde la fecha en que se hace la solicitud hasta la fecha en la cual se realiza el suministro	≤1.5
		Total de entregas realizadas	

### PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META

No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE
1	Consolidar el PAA de la vigencia 2024, de acuerdo a las necesidades presentadas por los responsables de las Líneas de Consumo.	Formato PAA diligenciado. Resolución de Aprobación de PAA de la vigencia	Responsables Líneas de Consumo. Profesional Universitario de Suministros. Comité de Contratación
	Presentar semestralmente, en comité de contratación, la ejecución del PAA de la vigencia y el cumplimiento del indicador.	Acta de Comité de Contratación	
	Implementar acciones de mejora, si no se alcanza la meta propuesta.	Plan de Mejora	
2	Publicar el pedido de cotización en la Plataforma Electrónica de acuerdo a lo solicitado por el responsable de la Línea de Consumo en el Estudio Previo.	Estudio previos radicados en la Oficina de Suministros. Plataforma Electrónica	Responsables Líneas de Consumo. Profesional Universitario de Suministros. Comité de Contratación

	Realizar las compras de medicamentos y material médico quirúrgico en la Plataforma Electrónica contratada por Pasto Salud	Actas de Comité de Contratación. Reportes de la Plataforma Electrónica.	
	Cargar semestralmente el indicador en la plataforma correspondiente.	Plataforma de indicadores	
	Implementar acciones de mejora, si no se alcanza la meta propuesta	Plan de Mejora	
3	Aplicar encuesta de satisfacción de proveedores.	Reporte de encuestas diligenciadas virtualmente.	Profesional Universitario de Suministros
	Presentar resultado de la encuesta de satisfacción de proveedores en Comité de Contratación	Acta de Comité de Contratación.	
4	Diligenciar trimestralmente el formato de seguimiento a proveedores	Formatos Diligenciados	Supervisores de Contratos de bienes o servicio considerados críticos. Profesional Universitario de Suministros. Comité de Contratación.
	Diligenciar semestralmente el formato de reevaluación de proveedores	Formatos Diligenciados	
	Presentar resultados de seguimiento y reevaluación de proveedores en Comité de Contratación	Actas de Comité de Contratación.	
5	Diligenciar en forma clara y precisa el formato GAF-PEA 019 "Pedido y entrega interna de Almacén"	Formato GAF-PEA 019 "Pedido y entrega interna de Almacén".	Personal interesado
	Entrega de elementos solicitados desde Almacén General	Acta de Salida de Elementos generado desde SIOS	Auxiliar Administrativo Almacén General.

#### 4.7. Factor Ambiente Físico – Infraestructura.

##### 4.7.1. Proporción de recursos ejecutados para el mantenimiento de infraestructura hospitalaria.

<b>SEDE</b>	Todas las sedes y sede administrativa
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>	Factor Ambiente Físico
<b>PERSPECTIVA</b>	Procesos Internos
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.
<b>PROCESO</b>	Gestión de Ambiente Físico
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	Mantener y fortalecer la gestión del ambiente físico, mediante el suministro de elementos necesarios para la operación de los procesos, la gestión ambiental y el mantenimiento de infraestructura hospitalaria

VIGENCIA		2024		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
1	Fortalecer el uso y la demanda de servicios de promoción y mantenimiento de la salud mediante la reposición y mejoramientos de infraestructura en todas las IPS's de la Red de prestación	Proporción de recursos ejecutados para el mantenimiento de infraestructura hospitalaria	Presupuesto ejecutado para el mantenimiento de infraestructura.	100%
			Presupuesto asignado.	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Identificación de necesidades	Lista de verificación de necesidades, priorización y programación intervenciones de infraestructura (Intervenciones inmediatas), plataforma de reportes de necesidades (osticket) , auditorías internas y externas, evaluaciones semestrales de los edificios por parte del contratista de mantenimiento	Profesional universitario Ingeniera Civil y profesional universitario Arquitecto de la Oficina Asesora de Planeación	
2	Elaboración y Aprobación del Plan de Mantenimiento Hospitalario componente infraestructura	Resolución de aprobación del Plan de Mantenimiento Hospitalario	Secretaria General, Profesional universitario Ingeniera Civil y profesional universitario Arquitecto de la Oficina Asesora de Planeación	
3	Realizar la atención y ejecución de mantenimientos preventivos, correctivos, fortuitos y obras inmediatas	Contratos de obra, Informes de ejecución y actas de obra	Oficina de Planeación, Secretaria General, Contratistas	

4	Realizar seguimiento y control de la ejecución de mantenimientos preventivos, correctivos, fortuitos y obras inmediatas	Formatos de control para mantenimientos preventivos Priorización y programación intervenciones de infraestructura (Intervenciones inmediatas) Plataforma Ostiket para mantenimientos correctivos Informes de ejecución y Actas de obras para mantenimientos preventivos, correctivos, fortuitos y obras inmediatas	Profesional universitario Ingeniera Civil y profesional universitario Arquitecto de la Oficina Asesora de Planeación
5	Realizar las acciones pertinentes que garanticen la inversión total de los recursos asignados anualmente para el mantenimiento de la infraestructura hospitalaria	Asignación presupuestal, comunicaciones oficiales	Subgerencia Financiera y Comercial, Oficina de Planeación, Secretaria General

### 4.7.2. Proporción de cumplimiento de intervenciones de mejora de las condiciones de infraestructura.

<b>SEDE</b>		Todas las sedes y sede administrativa		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Ambiente Físico		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión de Ambiente Físico		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mantener y fortalecer la gestión del ambiente físico, mediante el suministro de elementos necesarios para la operación de los procesos, la gestión ambiental y el mantenimiento de infraestructura hospitalaria		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
		<b>INDICADOR</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	<b>META</b>
2	Fortalecer el uso y la demanda de servicios de promoción y	Proporción de cumplimiento de intervenciones	Número de intervenciones de mejora ejecutadas	95%

	mantenimiento de la salud mediante la reposición y mejoramientos de infraestructura en todas las IPS´s de la Red de prestación	de mejora de las condiciones de infraestructura	Número de intervenciones programadas	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Identificación de necesidades	Lista de verificación de necesidades, priorización y programación intervenciones de infraestructura (Intervenciones inmediatas), plataforma de reportes de necesidades ( osticket) , auditorías internas y externas, evaluaciones semestrales de los edificios por parte del contratista de mantenimiento.	Profesional universitario Ingeniera Civil y profesional universitario Arquitecto de la Oficina Asesora de Planeación	
2	Elaboración y Aprobación del Plan de Mantenimiento Hospitalario componente infraestructura	Resolución de aprobación del Plan de Mantenimiento Hospitalario	Secretaria General, profesional universitario Ingeniera Civil y profesional universitario Arquitecto de la Oficina Asesora de Planeación	
3	Realizar la atención y ejecución de mantenimientos preventivos, correctivos, fortuitos y obras inmediatas	Contratos de obra, Informes de ejecución y actas de obra	Oficina de Planeación, Secretaria General, Contratistas	
4	Realizar seguimiento y control permanente del cumplimiento del cronograma la ejecución de mantenimientos preventivos, correctivos, fortuitos y obras inmediatas	Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo Priorización y programación intervenciones de infraestructura (Intervenciones inmediatas) Formatos de control para mantenimientos preventivos Plataforma Ostiket para mantenimientos correctivos Informes de ejecución y Actas de obras para mantenimientos preventivos, correctivos y fortuitos y obras inmediatas	Profesional universitario Ingeniera Civil y profesional universitario Arquitecto de la Oficina Asesora de Planeación	

**4.7.3. Proporción de usuarios satisfechos frente a las intervenciones realizadas.**

<b>SEDE</b>		Todas las sedes y sede administrativa.		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Ambiente Físico.		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos.		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión de Ambiente Físico.		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mantener y fortalecer la gestión del ambiente físico, mediante el suministro de elementos necesarios para la operación de los procesos, la gestión ambiental y el mantenimiento de infraestructura hospitalaria.		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
3	Fortalecer el uso y la demanda de servicios de promoción y mantenimiento de la salud mediante la reposición y mejoramientos de infraestructura en todas las IPS's de la Red de prestación	Proporción de usuarios satisfechos frente a las intervenciones realizadas	Número de usuarios satisfechos	97%
			Número de usuarios encuestados	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Identificación de necesidades que responden a criterios de seguridad, privacidad, comodidad y respeto, que permita atención humanizada	Lista de verificación de necesidades, plataforma de reportes de necesidades ( osticket) , auditorías internas y externas, evaluaciones semestrales de los edificios por parte del contratista de mantenimiento	Profesional universitario Ingeniera Civil y profesional universitario Arquitecto de la Oficina Asesora de Planeación	



2	Realizar seguimiento y control de la ejecución de mantenimientos preventivos, correctivos, fortuitos y obras inmediatas	Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo Priorización y programación intervenciones de infraestructura (Intervenciones inmediatas) Formatos de control para mantenimientos preventivos Plataforma Ostiket para mantenimientos correctivos Informes de ejecución y Actas de obras para mantenimientos preventivos, correctivos y fortuitos y obras inmediatas	Profesional universitario Ingeniera Civil Contratista y profesional universitario Arquitecto de la Oficina Asesora de Planeación
3	Aplicar la encuesta a clientes internos que son los funcionarios de Pasto Salud ESE	Circular para la aplicación de la encuesta, Formato de encuesta, Resultados anuales de la aplicación de la encuesta	Profesional universitario Ingeniera Civil y profesional universitario Arquitecto de la Oficina Asesora de Planeación
4	Aplicar la encuesta a clientes externos que son los usuarios de Pasto Salud ESE	Formato de encuesta, Resultados trimestrales de la aplicación de la encuesta	Profesional universitario Ingeniera Civil y profesional universitario Arquitecto de la Oficina Asesora de Planeación
5	Realizar el Análisis de resultados	Informe de resultados y conclusiones	Profesional universitario Ingeniera Civil y profesional universitario Arquitecto de la Oficina Asesora de Planeación

#### **4.7.4. Mantenimiento de condiciones de habilitación en infraestructura IPS.**

<b>SEDE</b>	Todas las sedes y sede administrativa			
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>	Factor Ambiente Físico			
<b>PERSPECTIVA</b>	Procesos Internos			
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.			
<b>PROCESO</b>	Gestión de Ambiente Físico			
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	Mantener y fortalecer la gestión del ambiente físico, mediante el suministro de elementos necesarios para la operación de los procesos, la gestión ambiental y el mantenimiento de infraestructura hospitalaria			
<b>VIGENCIA</b>	2024			
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	

4	Mantener y fortalecer las condiciones de habilitación orientada a mejores resultados en la gestión clínica.	Mantenimiento de condiciones de habilitación en infraestructura IPS	Numero de servicios que cumplen con las condiciones de infraestructura para habilitación	100%
			Total de servicios habilitados	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Aplicar el instrumento de verificación de estándares de habilitación en infraestructura resolución 3100 de 2019	Resultados de la aplicación instrumento de verificación de estándares de habilitación en infraestructura resolución 3100 de 2019	Profesional Universitario Ingeniera Civil y profesional universitario Arquitecto de la Oficina Asesora de Planeación	
2	Ejecutar adecuaciones que respondan a los criterios de habilitación	Contratos de obra	Profesional Universitario Ingeniera Civil y profesional universitario Arquitecto de la Oficina Asesora de Planeación	
3	Realizar seguimiento y control de la ejecución de obras que respondan a los criterios de habilitación	Informe de contratos de obra y actas de obra	Profesional universitario Ingeniera Civil y profesional universitario Arquitecto de la Oficina Asesora de Planeación	

#### 4.8. Factor Gestión de Riesgo.

##### 4.8.1. Proporción de materialización de riesgos de los procesos misionales.

<b>SEDE</b>	Red Norte			
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>	Gestión del Riesgo			
<b>PERSPECTIVA</b>	Procesos Internos			
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural			
<b>PROCESO</b>	Gestión de Control			
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	Medir la proporción de materialización de riesgos de los procesos misionales para garantizar el cumplimiento de leyes y regulaciones y cumplimiento de objetivos institucionales.			
<b>VIGENCIA</b>	<b>2024</b>			
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	

	1. Fortalecer la gestión clínica minimizando la materialización de riesgos para generar mayor confianza en la prestación de servicios 2. Mantener y fortalecer el proceso de gestión de riesgos	Proporción de materialización de riesgos de los procesos misionales	Número de riesgos asistenciales materializados	<=9,6
			Total de riesgos asistenciales identificados	

### PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META

No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE
1	Desplegar la política de gestión de riesgo, los lineamientos metodológicos y matriz de riesgos aprobada, al talento humano de la Empresa	Huella de despliegue	Directores Operativos Profesional especializado área de la salud Enfermeras administrativas y Oficina de Control Interno
2	Realizar seguimiento y monitoreo a los controles establecidos en la matriz, para verificar su cumplimiento y efectividad en la gestión del riesgo asistencial	Informe de seguimiento a riesgos Acta de comité Coordinador de Control Interno	Directores Operativos Enfermeras administrativas, equipo de salud Oficina de Control Interno
3	Realizar seguimiento al 100% de los riesgos documentados para detectar su materialización y formular acciones de mejora si lo requiere	Informe de seguimiento a riesgos Acta de comité Coordinador de Control Interno	Directores Operativos Enfermeras administrativas y Oficina de Control Interno

<b>SEDE</b>		RED OCCIDENTE		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Gestión del Riesgo		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural		
<b>PROCESO</b>		Gestión de Control		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Medir la proporción de materialización de riesgos de los procesos misionales para garantizar el cumplimiento de leyes y regulaciones y cumplimiento de objetivos institucionales.		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	

1. Fortalecer la gestión clínica minimizando la materialización de riesgos para generar mayor confianza en la prestación de servicios 2. Mantener y fortalecer el proceso de gestión de riesgos	Proporción de materialización de riesgos de los procesos misionales	Número de riesgos asistenciales materializados	≤8,6
		Total de riesgos asistenciales identificados	

### PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META

No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE
1	Desplegar la política de gestión de riesgo, los lineamientos metodológicos y matriz de riesgos aprobada, al talento humano de la Empresa	Huella de despliegue	Directores Operativos Profesional especializado área de la salud Enfermeras administrativas y Oficina de Control Interno
2	Realizar seguimiento y monitoreo a los controles establecidos en la matriz, para verificar su cumplimiento y efectividad en la gestión del riesgo asistencial	Informe de seguimiento a riesgos Acta de comité Coordinador de Control Interno	Directores Operativos Enfermeras administrativas , equipo de salud Oficina de Control Interno
3	Realizar seguimiento al 100% de los riesgos documentados para detectar su materialización y formular acciones de mejora si lo requiere	Informe de seguimiento a riesgos Acta de comité Coordinador de Control Interno	Directores Operativos Enfermeras administrativas y Oficina de Control Interno

<b>SEDE</b>		RED ORIENTE		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Gestión del Riesgo		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural		
<b>PROCESO</b>		Gestión de Control		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Medir la proporción de materialización de riesgos de los procesos misionales para garantizar el cumplimiento de leyes y regulaciones y cumplimiento de objetivos institucionales.		
<b>VIGENCIA</b>		<b>2024</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	

1. Fortalecer la gestión clínica minimizando la materialización de riesgos para generar mayor confianza en la prestación de servicios 2. Mantener y fortalecer el proceso de gestión de riesgos	Proporción de materialización de riesgos de los procesos misionales	Número de riesgos asistenciales materializados	<=7.1
		Total de riesgos asistenciales identificados	

### PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META

No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE
1	Desplegar la política de gestión de riesgo, los lineamientos metodológicos y matriz de riesgos aprobada, al talento humano de la Empresa	Huella de despliegue	Directores Operativos Profesional especializado área de la salud Enfermeras administrativas y Oficina de Control Interno
2	Realizar seguimiento y monitoreo a los controles establecidos en la matriz, para verificar su cumplimiento y efectividad en la gestión del riesgo asistencial	Informe de seguimiento a riesgos Acta de comité Coordinador de Control Interno	Directores Operativos Enfermeras administrativas , equipo de salud Oficina de Control Interno
3	Realizar seguimiento al 100% de los riesgos documentados para detectar su materialización y formular acciones de mejora si lo requiere	Informe de seguimiento a riesgos Acta de comité Coordinador de Control Interno	Directores Operativos Enfermeras administrativas y Oficina de Control Interno

<b>SEDE</b>	RED SUR			
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>	Gestión del Riesgo			
<b>PERSPECTIVA</b>	Procesos Internos			
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural			
<b>PROCESO</b>	Gestión de Control			
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	Medir la proporción de materialización de riesgos de los procesos misionales para garantizar el cumplimiento de leyes y regulaciones y cumplimiento de objetivos institucionales.			
<b>VIGENCIA</b>	2024			
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	

1. Fortalecer la gestión clínica minimizando la materialización de riesgos para generar mayor confianza en la prestación de servicios 2. Mantener y fortalecer el proceso de gestión de riesgos	Proporción de materialización de riesgos de los procesos misionales	Número de riesgos asistenciales materializados	<=10
		Total de riesgos asistenciales identificados	

**PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META**

No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE
1	Desplegar la política de gestión de riesgo, los lineamientos metodológicos y matriz de riesgos aprobada, al talento humano de la Empresa	Huella de despliegue	Directores Operativos Profesional especializado área de la salud Enfermeras administrativas y Oficina de Control Interno
2	Realizar seguimiento y monitoreo a los controles establecidos en la matriz, para verificar su cumplimiento y efectividad en la gestión del riesgo asistencial	Informe de seguimiento a riesgos Acta de comité Coordinador de Control Interno	Directores Operativos Enfermeras administrativas , equipo de salud Oficina de Control Interno
3	Realizar seguimiento al 100% de los riesgos documentados para detectar su materialización y formular acciones de mejora si lo requiere	Informe de seguimiento a riesgos Acta de comité Coordinador de Control Interno	Directores Operativos Enfermeras administrativas y Oficina de Control Interno

**4.8.2. Proporción de materialización de riesgos de los procesos de apoyo.**

<b>SEDE</b>	Administrativa
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>	Gestión del Riesgo
<b>PERSPECTIVA</b>	Procesos Internos
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural
<b>PROCESO</b>	Gestión de Control
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	Medir la proporción de materialización de riesgos de los procesos de apoyo para garantizar el cumplimiento de leyes y regulaciones y cumplimiento de objetivos institucionales.

VIGENCIA		2024		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
	Mantener y fortalecer el proceso de gestión de riesgos	Proporción de materialización de riesgos de apoyo materializados	Número de riesgos de apoyo materializados	<=6
			Total de riesgos de apoyo identificados	
PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE
1	Desplegar la política de gestión de riesgo, los lineamientos metodológicos y matriz de riesgos aprobada, al talento humano de la Empresa	Huella de despliegue		Oficina de Control Interno
2	Realizar seguimiento y monitoreo a los controles establecidos en la matriz, para verificar su cumplimiento y efectividad en la gestión del riesgo administrativo	Informe de seguimiento a riesgos Acta de comité Coordinador de Control Interno		Oficina de Control Interno
3	Realizar seguimiento al 100% de los riesgos documentados para detectar su materialización y formular acciones de mejora si lo requiere	Informe de seguimiento a riesgos Acta de comité Coordinador de Control Interno		Oficina de Control Interno

#### 4.9. Factor Gestión de la Tecnología – Sistemas de información

##### 4.9.1. Proporción de cumplimiento en la adquisición y reposición de tecnología de sistemas de información.

<b>SEDE</b>	ADMINISTRATIVA			
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>	Gestión de Tecnología Sistemas de información			
<b>PERSPECTIVA</b>	Perspectiva Procesos Internos			
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo énfasis especial en los ejes de acreditación: Seguridad del Paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.			
<b>PROCESO</b>	Gestión de la Tecnología y Gestión de Sistemas De Información			
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	Mantener y fortalecer la adquisición, uso, adaptación y desarrollo de tecnologías que coadyuven el mejoramiento, la seguridad, calidad, control del riesgo y la cobertura en los servicios ofrecidos			
<b>VIGENCIA</b>		<b>2024</b>		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	

1	Renovación y adquisición de tecnología que disminuya el grado de obsolescencia y deterioro de equipos biomédicos, de sistemas de información e industriales.	Proporción de cumplimiento en la adquisición y reposición de tecnología de sistemas de información	Equipos Adquiridos de tecnología de sistemas de información	90
			Equipos planificados en PAA para adquisición y reposición de tecnología de sistemas de información	

**PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META**

No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE
1	Identificación y priorización de necesidades de Sistemas de Información para la adquisición y renovación.	Listado de necesidades y valor de tecnología de sistemas de información de acuerdo al diagnóstico	Jefe Oficina Asesora comunicaciones y sistemas
2	Inclusión de la tecnología de Sistemas de Información a adquirir o renovar en el Plan de Compras	Plan de compras	Jefe Oficina Asesora comunicaciones y sistemas
3	Recepción y verificación de tecnología de Sistemas de Información adquirida a través de la plataforma Bionexo	Entrada a almacén	Almacenista y Profesional Universitario Sistemas
4	Entrega de tecnología de Sistemas de Información a los puestos de trabajo de conformidad al diagnóstico	Acta de entrega Inventario registrado	Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas Almacenista General Responsable del puesto de trabajo
5	Realizar ajustes al Pla de compras cuando aplique	Registro de ajustes cuando aplique	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones de Sistemas/ Profesionales Universitarios Sistemas/Lideres de Procesos

**4.9.2. Proporción de ejecución presupuestal para la adquisición y renovación de tecnología de sistemas de información.**

<b>SEDE</b>	ADMINISTRATIVA
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>	Gestión de Tecnología Sistemas de información
<b>PERSPECTIVA</b>	Perspectiva Procesos Internos
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo énfasis especial en los ejes de acreditación: Seguridad del Paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.
<b>PROCESO</b>	Gestión De La Tecnología Y Gestión De Sistemas De Información



<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mantener y fortalecer la adquisición, uso, adaptación y desarrollo de tecnologías que coadyuven el mejoramiento, la seguridad, calidad, control del riesgo y la cobertura en los servicios ofrecidos		
<b>VIGENCIA</b>		<b>2024</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
1	Renovación y adquisición de tecnología que disminuya el grado de obsolescencia y deterioro de equipos biomédicos, de sistemas de información e industriales.	Proporción de ejecución presupuestal para la adquisición y renovación de tecnología de sistemas de información	Equipos Adquiridos de tecnología de sistemas de información	90
			Equipos planificados en PAA para adquisición y reposición de tecnología de sistemas de información	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Identificación y priorización de necesidades de Sistemas de Información para la adquisición y renovación.	Listado de necesidades y valor de tecnología de sistemas de información de acuerdo al diagnóstico	Jefe Oficina Asesora comunicaciones y sistemas	
2	Inclusión de la tecnología de Sistemas de Información a adquirir o renovar en el Plan de Compras	Plan de compras	Jefe Oficina Asesora comunicaciones y sistemas	
3	Recepción y verificación de tecnología de Sistemas de Información adquirida a través de la plataforma Bionexo	Entrada a almacén	Almacenista y Profesional Universitario Sistemas	
4	Entrega de tecnología de Sistemas de Información a los puestos de trabajo de conformidad al diagnóstico	Acta de entrega Inventario registrado	Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas	
			Almacenista General	
5	Realizar ajustes al Pla de compras cuando aplique	Registro de ajustes cuando aplique	Responsable del puesto de trabajo	
			Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones de Sistemas/ Profesionales Universitarios Sistemas/Lideres de Procesos	

#### 4.9.3. Proporción de copias de seguridad realizadas.

<b>SEDE</b>		ADMINISTRATIVA		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Gestión de Tecnología Sistemas de información		
<b>PERSPECTIVA</b>		Perspectiva Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo énfasis especial en los ejes de acreditación: Seguridad del Paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión de La Tecnología y Gestión de Sistemas de Información		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mantener y fortalecer la adquisición, uso, adaptación y desarrollo de tecnologías que coadyuven el mejoramiento, la seguridad, calidad, control del riesgo y la cobertura en los servicios ofrecidos		
<b>VIGENCIA</b>		<b>2024</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
1	Implementación de controles y fortalecer el uso de buenas prácticas de las políticas de seguridad informática	Proporción de copias de seguridad realizadas	Número de Backups realizados	90%
			Número de Backups programados	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Identificar y priorizar los activos de la información que se desea respaldar en backups.	Listado de activos de la información que serán respaldados como backups	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones de Sistemas/ Profesionales Universitarios Sistemas/Lideres de Procesos	
2	Configurar e Implementar la programación de ejecución de las copias de seguridad (Backups)	Servidores y unidades de Almacenamiento de los Backups	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones de Sistemas/ Profesionales Universitarios Sistemas/Lideres de Procesos	
3	Monitorear y evaluar los resultados de los backups realizados	Informe Trimestral de resultados de Backups	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones de Sistemas/ Profesionales Universitarios Sistemas/Lideres de Procesos	
4	Realizar ajustes a la ejecución de backups frente a resultados no esperados	Registro de ajustes cuando aplique	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones de Sistemas/ Profesionales Universitarios Sistemas/Lideres de Procesos	

**4.9.4. Proporción de entrega oportuna de solicitudes para desarrollo y adaptaciones de software.**

<b>SEDE</b>		ADMINISTRATIVA		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Gestión de Tecnología Sistemas de información		
<b>PERSPECTIVA</b>		Perspectiva Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo énfasis especial en los ejes de acreditación: Seguridad del Paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión de La Tecnología y Gestión de Sistemas de Información		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mantener y fortalecer la adquisición, uso, adaptación y desarrollo de tecnologías que coadyuven el mejoramiento, la seguridad, calidad, control del riesgo y la cobertura en los servicios ofrecidos		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
1	Desarrollo de tecnologías a los servicios para facilitar su operatividad, mejorar el registro, acceso y cobertura de la población usuaria	Proporción de entrega oportuna de solicitudes para desarrollo y adaptaciones de software.	Número de requerimientos entregados en la fecha pactada de la entrega	90
			Total, de requerimientos solicitados	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Recepcionar las solicitudes para el desarrollo y adaptaciones de software	Comunicaciones Oficiales Radicada fecha de recepción de solicitudes Matriz de identificación de necesidades	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones de Sistemas/ Profesionales Universitarios Sistemas/Lideres de Procesos	
2	Reunión con líderes de procesos para identificar necesidades de desarrollo y adaptaciones de software.	Acta de reunión Virtual con líderes de procesos y registro de asistencia.	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones de Sistemas/ Profesionales Universitarios Sistemas/Lideres de Procesos	
3	Priorización de necesidades identificadas con los líderes	Matriz de identificación y priorización de necesidades	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones de Sistemas/ Profesionales Universitarios Sistemas/Lideres de Procesos	

4	Desarrollo y/o adecuación del software requerido y/o elaboración de informes	Softwares desarrollados y/o adecuados  Acta de entrega o comunicaciones oficiales de Entrega de Software según requerimiento  Radicada fecha de entrega	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones de Sistemas/ Profesionales Universitarios Sistemas/Lideres de Procesos
5	Seguimiento a la funcionalidad de los Softwares	Lista de chequeo	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones de Sistemas/ Profesionales Universitarios Sistemas/Lideres de Procesos
6	Realizar ajustes a la funcionalidad de los softwares cuando se requiera	Informe o notificación de ajustes cuando aplique	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones de Sistemas/ Profesionales Universitarios Sistemas/Lideres de Procesos

#### 4.10. Factor Gestión de la tecnología - Equipos biomédicos

##### 4.10.1. Proporción de cumplimiento en la adquisición de tecnología biomédica, industrial y de uso hospitalario.

<b>SEDE</b>		Administrativa		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Gestión de la Tecnología		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo énfasis especial en los ejes de acreditación: Seguridad del Paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión de La Tecnología		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mantener y fortalecer la adquisición, uso, adaptación y desarrollo de tecnologías que coadyuven el mejoramiento, la seguridad, calidad, control del riesgo y la cobertura en los servicios ofrecidos.		
<b>VIGENCIA</b>		<b>2024</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
100	Desarrollo de tecnologías a los servicios para facilitar su operatividad, mejorar el registro, acceso y cobertura de la población usuaria	Proporción de cumplimiento en la adquisición de tecnología biomédica, industrial y de uso hospitalario	Equipos de tecnología biomédica, industrial y de uso hospitalario Adquiridos	90%
			Equipos planificados en PAA para adquisición de tecnología biomédica, industrial y de uso hospitalario	

PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META			
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE
1	Formulación Plan anual de adquisiciones	Plan anual de adquisiciones 2024	Profesional universitario- Equipo biomédico
2	Asignación de CDP	Certificación de disponibilidad presupuestal para adquisición de equipo biomédico	Profesional universitario- Presupuesto
3	Realizar planeación de tecnologías para vigencia 2024	Registro de planeación de tecnologías vigencia 2024	Profesional universitario- Equipo biomédico
4	Realizar proceso de compra en la plataforma bionexo	Reporte de bionexo	Profesional Suministros
5	Realizar selección de la tecnología ofertada	Registro selección de tecnologías vigencia 2024	Profesional universitario- Equipo biomédico
6	Legalización de las compras realizadas	Contratos de compraventa	Oficina asesora jurídica
7	Realizar recepción técnica de la tecnología adquirida	Registro de recepción técnica	Profesional universitario- Equipo biomédico
8	Realizar la entrada de los elementos adquiridos a almacén general	Entradas de almacén	Almacenista general
9	Realizar seguimiento a las adquisiciones realizadas	Indicador Proporción de cumplimiento en la adquisición de tecnología biomédica, industrial y de uso hospitalario diligenciado	Profesional universitario- Equipo biomédico

**4.10.2. Proporción de ejecución presupuestal para la adquisición de tecnología biomédica, industrial y de uso hospitalario.**

<b>SEDE</b>	Administrativa			
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>	Gestión de La Tecnología			
<b>PERSPECTIVA</b>	Procesos internos			
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo énfasis especial en los ejes de acreditación: Seguridad del Paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.			
<b>PROCESO</b>	Gestión de La Tecnología			
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	Mantener y fortalecer la adquisición, uso, adaptación y desarrollo de tecnologías que coadyuven el mejoramiento, la seguridad, calidad, control del riesgo y la cobertura en los servicios ofrecidos.			
<b>VIGENCIA</b>	2024			
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	

2	Desarrollo de tecnologías a los servicios para facilitar su operatividad, mejorar el registro, acceso y cobertura de la población usuaria	Proporción de ejecución presupuestal para la adquisición de tecnología biomédica, industrial y de uso hospitalario	Valor del presupuesto ejecutado en la adquisición de tecnología biomédica, industrial y de uso hospitalario.	90%
			Total, de presupuesto asignado para la adquisición de tecnología biomédica, industrial y de uso hospitalario.	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Formulación Plan anual de adquisiciones	Plan anual de adquisiciones 2024	Profesional universitario- Equipo biomédico	
2	Asignación de CDP	Certificación de disponibilidad presupuestal para adquisición de equipo biomédico	Profesional universitario- Presupuesto	
3	Realizar planeación de tecnologías para vigencia 2024	Registro de planeación de tecnologías vigencia 2024	Profesional universitario- Equipo biomédico	
4	Realizar proceso de compra en la plataforma bionexo	Reporte de bionexo	Profesional Suministros	
5	Realizar selección de la tecnología ofertada	Registro selección de tecnologías vigencia 2024	Profesional universitario- Equipo biomédico	
6	Legalización de las compras realizadas	Contratos de compraventa	Oficina asesora jurídica	
7	Realizar recepción técnica de la tecnología adquirida	Registro de recepción técnica	Profesional universitario- Equipo biomédico	
8	Realizar la entrada de los elementos adquiridos a almacén general	Entradas de almacén	Almacenista general	
9	Realizar seguimiento a las adquisiciones realizadas	Indicador Proporción de ejecución presupuestal para la adquisición de tecnología biomédica, industrial y de uso hospitalario	Profesional universitario- Equipo biomédico	

#### 4.11. Factor PAMEC

##### 4.11.1. Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

<b>SEDE</b>		Pasto salud		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Programa de auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud PAMEC		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Fortalecer la implementación, evaluación, seguimiento y mejora para la consecución de estándares superiores de calidad, que contribuya a mejorar la salud, la satisfacción de los usuarios y sostenibilidad financiera		
<b>PROCESO</b>		Gestión de Calidad		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Fortalecer la implementación de acciones de mejora que conlleven a alcanzar estándares superiores de desempeño		
<b>VIGENCIA</b>		<b>2024</b>		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
	Fortalecer la implementación, evaluación y mejora del proceso de estándares superiores de desempeño	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	<p>Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas</p> <p>Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC</p>	Mayor o igual al 90%
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Actualizar los equipos de autoevaluación en acreditación	Resolución	Subgerencia de salud e investigación	
2	Generar la autoevaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación	Informe de autoevaluación	Subgerencia de salud e investigación	
3	Generar priorización de las oportunidades de mejora generadas	Registro de priorización	Equipos de autoevaluación	
4	Definir acciones para cada una de las oportunidades de mejora priorizadas	Registro del PAMEC	Equipos de autoevaluación	
5	Realizar monitoreo periódico a las actividades planificadas en el PAMEC	Actas de equipos de autoevaluación	Equipos de autoevaluación	
6	Realizar seguimiento al PAMEC institucional	Informe de auditoria	Profesional Especializado área de la salud	
7	Generar lecciones aprendidas producto del cumplimiento de oportunidades de mejora	Lecciones aprendidas	Equipo de calidad	

**4.11.2. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.**

<b>SEDE</b>		Pasto Salud		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Programa de auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud PAMEC		
<b>PERSPECTIVA</b>		Gestión clínica		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Fortalecer la implementación, evaluación, seguimiento y mejora para la consecución de estándares superiores de calidad, que contribuya a mejorar la salud, la satisfacción de los usuarios y sostenibilidad financiera		
<b>PROCESO</b>		Gestión de calidad		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Fortalecer la implementación, evaluación y mejora de estándares superiores de desempeño		
<b>VIGENCIA</b>		<b>2024</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
	Fortalecer la implementación, evaluación y mejora del proceso de estándares superiores de desempeño	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada.	Mayor o igual a 3
			Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Actualizar los equipos de autoevaluación en acreditación	Resolución	Subgerencia de salud e investigación	
2	Generar la autoevaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación	Informe de autoevaluación	Subgerencia de salud e investigación	
3	Generar priorización de las oportunidades de mejora generadas	Registro de priorización	Equipos de autoevaluación	
4	Definir acciones para cada una de las oportunidades de mejora priorizadas	Registro del PAMEC	Equipos de autoevaluación	
5	Realizar seguimiento al PAMEC institucional	Informe de auditoria	Profesional Especializado área de la salud	
6	Generar seguimiento al plan de mejora de acreditación dejado por ICONTEC	Informe de seguimiento	Equipo de calidad	
7	Recibir seguimiento a plan de mejora de acreditación dejado por ICONTEC	Informe de seguimiento externo	Subgerencia de salud e investigación	



4.12. Factor Humanización

**4.12.1. Proporción de Adherencia al abordaje integral del manejo del dolor.**

<b>SEDE</b>		Red Norte - Sur - Oriente - Occidente		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Humanización		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano - Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Fortalecer la adherencia al protocolo de manejo del dolor en los servicios ofrecidos por la Empresa a fin de garantizar una atención humanizada a usuarios y familias.		
<b>VIGENCIA</b>		<b>Año 2024</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
67	Fortalecer la atención humanizada haciendo énfasis en la atención, contribuyendo a mejorar la satisfacción de los usuarios frente a los servicios prestados.	Proporción de Adherencia al abordaje integral del manejo del dolor	Número de trabajadores asistenciales que se adhieren al protocolo del manejo del dolor	70%
			Número total de trabajadores Asistenciales evaluados.	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Continuar con la realización de procesos de auditoria en materia de adherencia al Protocolo del Manejo del Dolor de la Empresa a personal asistencial.	Informe de Auditoria	Equipo de Auditoria	

**4.12.2. Proporción de colaboradores que conocen los derechos y deberes de los usuarios y Proporción de usuarios que han sido informados sobre sus derechos y deberes en la institución.**

<b>SEDE</b>		Red Norte - Sur - Oriente - Occidente		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Humanización		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano - Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Fortalecer la adherencia y práctica de derechos y deberes en Usuarios, Familias y Trabajadores, a fin de brindar una atención humanizada en el marco del buen trato, la dignidad y el respeto humano.		
<b>VIGENCIA</b>		<b>Año 2024</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
68	Fortalecer la atención humanizada haciendo énfasis en la atención, contribuyendo a mejorar la satisfacción de los usuarios frente a los servicios prestados.	Proporción de colaboradores que conocen de los derechos y deberes de los usuarios	Número de colaboradores quienes conocen los Derechos y Deberes de los Usuarios	93%
			Total de Encuestas aplicadas a colaboradores de la Empresa.	
69		Proporción de usuarios que han sido informados sobre sus derechos y deberes en la institución.	Numero usuarios que han sido informados sobre sus derechos y deberes en la institución	81%
			Total de encuestas aplicadas	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Efectuar Rondas de humanización integradas con seguridad del paciente y SIAU donde se refuerce conocimiento de derechos y deberes de usuarios	Informe de Rondas de Humanización Indicadores SIAU	Equipo de Humanización Equipo de SIAU	
2	Efectuar Rondas de humanización integradas con seguridad del paciente y SIAU donde evalúe la información de derechos y deberes a los usuarios	Informe de Rondas de Humanización Indicadores SIAU	Equipo de Humanización Equipo de SIAU	
3	Implementar estrategias de difusión de Derechos y Deberes a través de canales disponibles de la Empresa.	Estrategias de difusión de D y D	Equipo de Comunicaciones	

**4.12.3. Proporción de usuarios satisfechos con el trato recibido: un trato digno, amable, respetuoso de sus creencias, costumbres y opiniones.**

<b>SEDE</b>		Red Norte - Sur - Oriente – Occidente.		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Humanización.		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos.		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano - Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Fortalecer el trato digno, amable y respetuoso durante el continuo de la atención en salud, con el fin de satisfacer las necesidades y expectativas de usuarios y familias.		
<b>VIGENCIA</b>		<b>Año 2024</b>		
		<b>INDICADOR</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	<b>META</b>
70	Fortalecer la atención humanizada haciendo énfasis en la atención, contribuyendo a mejorar la satisfacción de los usuarios frente a los servicios prestados.	Proporción de usuarios satisfechos con el trato recibido: un trato digno, amable, respetuoso de sus creencias, costumbres y opiniones	Número de usuarios satisfechos con un trato digno, amable, respetuoso de sus creencias, costumbres y opiniones personales	95%
			Total de encuestas aplicadas entrevistadas.	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Continuar con la aplicabilidad de las estrategias del Programa de Humanización Institucional "Sirviendo con Amor" para fortalecer las competencias humanizadas en el personal orientadas a brindar una atención humana y con calidad.	Informe de Humanización	Equipo de Humanización	

**4.12.4. Proporción de usuarios satisfechos frente a la información que recibió su familia y el paciente.**

<b>SEDE</b>		Red Norte - Sur - Oriente - Occidente		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Humanización		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano - Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Fortalecer la comunicación entre usuario y personal asistencial tratante, con el fin de satisfacer las necesidades y expectativas en información de usuarios y familias.		
<b>VIGENCIA</b>		<b>Año 2024</b>		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
71	Fortalecer la atención humanizada haciendo énfasis en la atención, contribuyendo a mejorar la satisfacción de los usuarios frente a los servicios prestados.	Proporción de usuarios satisfechos frente a La información que recibió su familia y el paciente. La información fue clara, precisa y adecuada sobre el estado de su salud, los riesgos y cuidados que se le deben proporcionar	Número de usuarios satisfechos frente a la información recibida	90%
			Número de usuarios satisfechos frente a la información recibida	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE
1	Continuar con la aplicabilidad de las estrategias del Programa de Humanización Institucional "Sirviendo con Amor" para fortalecer las competencias humanizadas en el personal orientadas a brindar una atención humana y con calidad.	Informe de Humanización		Equipo de Humanización

**4.12.5. Proporción de usuarios que saben cómo y dónde presentar una petición, queja, reclamo, sugerencia o felicitación.**

<b>SEDE</b>		Red Norte - Sur - Oriente - Occidente		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Humanización		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano - Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Fortalecer los saberes relacionados al uso correcto de los buzones de PQRSF (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias o Felicitaciones) en Usuarios y familias a fin de atender activamente sus necesidades.		
<b>VIGENCIA</b>		<b>Año 2024</b>		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
72	Fortalecer la atención humanizada haciendo énfasis en la atención, contribuyendo a mejorar la satisfacción de los usuarios frente a los servicios prestados.	Proporción de usuarios que saben cómo y dónde presentan una petición, queja, reclamo, sugerencia o felicitación	Número de usuarios que saben cómo presentar una PQRSF	70%
			Total de encuestas aplicadas	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE
1	Mejorar las estrategias comunicacionales para la difusión y divulgación del uso del buzón de PQRSF a través de los diferentes canales disponibles al usuario y sus familias.	Huellas de Publicación Encuestas de Satisfacción de Usuarios		Equipo de Comunicaciones  Equipo de SIAU

### 4.12.6. Cobertura del despliegue por Plataforma Moodle del manual de usuarios donde se incluyó la comunicación de noticias dolorosas a usuarios y sus familias.

<b>SEDE</b>		Red Norte - Sur - Oriente - Occidente		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Humanización		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano - Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Conocer la cobertura del despliegue del Manual de Usuario donde se incluyó la comunicación de noticias dolorosas		
<b>VIGENCIA</b>		<b>Año 2024</b>		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
73	Fortalecer la atención humanizada haciendo énfasis en la atención, contribuyendo a mejorar la satisfacción de los usuarios frente a los servicios prestados.	Cobertura del despliegue por Plataforma Moodle del manual de usuarios donde se incluyó la comunicación de noticias dolorosas a usuarios y sus familias.	Numero de colaboradores que ingresan a la plataforma y revisan el manual de usuarios donde se incluyó la comunicación de noticias dolorosas a usuarios y sus familias.	90%
			Total de colaboradores entrevistados	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Eliminar indicador y hacer medición de la comunicación de noticias dolorosas por ronda de humanización	Rondas de humanización	Equipo de Humanización	
2	Seguimiento del Manual de comunicación de noticias dolorosas	Rondas de humanización	Equipo de Humanización	

**4.12.7. Proporción de usuarios satisfechos frente a horarios de visita que consulten las preferencias y necesidades de los usuarios y sus familias, con prelación a niños, adultos mayores, embarazadas y pacientes en condiciones críticas.**

<b>SEDE</b>		Red Norte - Sur - Oriente - Occidente		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Humanización		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano - Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mejorar la satisfacción del Usuario frente a los horarios de vista establecidos en el servicio.		
<b>VIGENCIA</b>		<b>Año 2024</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
<b>75</b>	Fortalecer la atención humanizada haciendo énfasis en la atención, contribuyendo a mejorar la satisfacción de los usuarios frente a los servicios prestados.	Proporción de usuarios satisfechos frente a horarios de visita que consulten las preferencias y necesidades de los usuarios y sus familias, con prelación a niños, adultos mayores, embarazadas y pacientes en condiciones críticas.	Número de usuarios satisfechos frente a horarios de visita	85%
			Total de usuarios entrevistados	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Realizar reunión de coordinación con la empresa contratista de vigilancia para desplegar el protocolo de visitas a pacientes hospitalizados con el fin de mejorar la satisfacción de los usuarios	Lista de asistencia Informe rondas de humanización	Equipo de SIAU Aliado Estratégico Contratado Secretaría General Equipo de Humanización	

**4.12.8. Proporción de usuarios satisfechos frente a la consideración en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios.**

<b>SEDE</b>		Red Norte - Sur - Oriente - Occidente		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Humanización		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano - Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mejorar la satisfacción frente a la consideración en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos dispuestos en el servicio.		
<b>VIGENCIA</b>		<b>Año 2024</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
<b>76</b>	Fortalecer la atención humanizada haciendo énfasis en la atención, contribuyendo a mejorar la satisfacción de los usuarios frente a los servicios prestados.	Proporción de usuarios satisfechos frente a la consideración en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios.	Número de usuarios satisfechos frente la consideración en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios.	85%
			Total de usuarios entrevistados	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Gestionar tácticas con el Aliado Estratégico responsable de las dietas hospitalarias para concertar opciones de menú y responder eficientemente a las preferencias y gustos de los Usuarios	Lista de asistencia Informe rondas de humanización	Equipo de SIAU Aliado Estratégico Contratado Equipo de Humanización	

**4.12.9. Proporción de usuarios que recomendarían la entidad a usuarios y amigos.**

<b>SEDE</b>	Red Norte - Sur - Oriente - Occidente
-------------	---------------------------------------



<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Humanización		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano - Procesos Misionales		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Conocer la percepción de los Usuarios en cuanto a recomendar a Pasto Salud E.S.E a sus familiares y amigos		
<b>VIGENCIA</b>		<b>Año 2024</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
77	Fortalecer la atención humanizada haciendo énfasis en la atención, contribuyendo a mejorar la satisfacción de los usuarios frente a los servicios prestados.	Proporción de usuarios que recomendarían la entidad a sus familiares y amigos	Número de usuarios que recomiendan la entidad a usuarios y amigos	90%
			Total de usuarios entrevistados	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Continuar con la aplicabilidad de las estrategias del Programa de Humanización Institucional "Sirviendo con Amor" y estrategias de SIAU, para fortalecer las competencias humanizadas en el personal orientadas a brindar una atención humana y con calidad.	Encuesta de Satisfacción de Usuarios	Equipo de SIAU	

### 4.13. Factor Transformación Cultural

#### 4.13.1. Proporción de cumplimiento del modelo de cultura organizacional.

<b>SEDE</b>		Todas las Sedes de la Empresa		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Transformación Cultural		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Conocer la percepción de los trabajadores sobre Cultura Organizacional a fin de fortalecer aspectos relacionados en materia con el fin de afianzar la cultura de la Empresa impactando positivamente sobre el bienestar de los colaboradores y la satisfacción de los grupos de Interés.		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
79	Implementación del modelo de cultura organizacional	Porcentaje de cumplimiento del modelo de cultura organizacional	Número de indicadores con cumplimiento de las metas propuestas en el modelo de cultura organizacional Número de Indicadores del modelo de cultura organizacional	>=82%
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Analizar y validar el resultado de la encuesta de Cultura Organizacional, identificando los ítems de menor calificación vigencia 2023	Informe de Transformación Cultural	Grupo de Gestión del Talento Humano	
2	Elaborar el plan de mejora de Transformación Cultural interviniendo las categorías inferiores al 80% de la medición de transformación cultural, alineado al proceso de acreditación	Plan de Mejora	Grupo de Gestión del Talento Humano	
3	Ejecutar el Plan de mejora de Transformación cultural	Actas de reunión, comunicaciones oficiales	Grupo de Gestión del Talento Humano	
4	Generar espacios de sensibilización y fortalecimiento del talento humano basados en la ética, principios y valores institucionales	Listas de Asistencia, Huellas de Envío, Registro Fotográfico	Grupo de Gestión del Talento Humano	

5	Realizar talleres en el marco del desarrollo personal, comunicación asertiva, trabajo en equipo y liderazgo	Listas de Asistencia, Huellas de Envío, Registro Fotográfico	Grupo de Gestión del Talento Humano
6	Verificar las desviaciones encontradas y generar oportunidades de mejora cuando se requiera	Plan de Mejora	Grupo de Gestión del Talento Humano

#### 4.14. Factor Responsabilidad Social Empresarial

##### 4.14.1. Proporción de cumplimiento del Plan Estratégico de Responsabilidad Social Empresarial.

<b>SEDE</b>		Pasto Salud ESE.		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Responsabilidad Social Empresarial		
<b>PERSPECTIVA</b>		Procesos Internos		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar continuamente los procesos de la organización, haciendo especial énfasis en los ejes de acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, gestión clínica centrada en el paciente, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.		
<b>PROCESO</b>		Todos los procesos		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Propender por la generación y mantenimiento de relaciones mutuamente beneficiosas en lo social, ambiental y económico con todos los grupos de interés, a través de la adopción de medidas para satisfacer sus necesidades y expectativas, enmarcadas dentro de la misionalidad de la Entidad.		
<b>VIGENCIA</b>		<b>AÑO 2024</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
79	Implementación del Programa de Responsabilidad Social Empresarial de Pasto Salud ESE	Proporción de cumplimiento del Plan estratégico de Responsabilidad Social Empresarial	Número de indicadores con cumplimiento de las metas propuestas del Plan Estratégico de Responsabilidad Social Empresarial	80%
			Número de indicadores del Plan Estratégico de Responsabilidad Social Empresarial	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Ejecutar la Dimensión económica del Plan Estratégico de Responsabilidad Social Empresarial de Pasto Salud E.S.E	Evidencias documentales (actas de reunión, listas de asistencia, informes)	Secretaria General	

2	Ejecutar de la Dimensión social del Plan Estratégico de Responsabilidad Social Empresarial de Pasto Salud E.S.E	Evidencias documentales (actas de reunión, listas de asistencia, informes)	Secretaria General
3	Ejecutar de la Dimensión ambiental del Plan Estratégico de Responsabilidad Social Empresarial de Pasto Salud E.S.E	Evidencias documentales (actas de reunión, listas de asistencia, informes)	Secretaria General
4	Reportar indicadores para Responsabilidad Social Empresarial	INFOMEDIC - MiIPS	Secretaria General
5	Evaluar el cumplimiento del PlanEstratégico de ResponsabilidadSocial Empresarial de Pasto SaludE.S.E	Acta, informe	Secretaria General

## 5. PERSPECTIVA USUARIOS

### 5.1. Factor Orientación al Usuario

#### 5.1.1. Proporción de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias presentadas.

<b>SEDE</b>		Administrativa		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Orientación al usuario		
<b>PERSPECTIVA</b>		Usuarios		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar la participación, satisfacción y lealtad de la población usuaria, a través de procesos institucionales que respondan a sus necesidades y expectativas.		
<b>PROCESO</b>		Medición de satisfacción al Usuario		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Disminuir las PQRSD y reclamos reiterativas		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
1	Fortalecer la planeación, implementación y mejora del proceso de gestión y orientación al usuario haciendo énfasis en la gestión de PQRSD y en la atención de la prestación de servicios	PQRSD	Número de PQRSD trimestral	>=4
			No total de atenciones en salud	
PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Consolidar la información de PQRSD-d', proveniente de las sedes integradas por Red	Formato GOU-PQR 371	Auxiliares Siau, María Elena Arturo Profesional Universitaria SIAU	
2	Realizar el Informe trimestral de PQRSD-d'	Informe trimestral de PQRSD-d'	María Elena Arturo Profesional Universitaria SIAU	
3	Socializar el Informe trimestral de PQRSD-d', ante Comité de ética y Usuarios	Actas de socialización	María Elena Arturo Profesional Universitaria SIAU	
4	Envío de Informes trimestrales a Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos	Comunicado oficial y/o correo institucional e Informe trimestral de PQRSD-d'	María Elena Arturo Profesional Universitaria SIAU	

**5.1.2. Proporción de citas asignadas por Call Center.**

<b>SEDE</b>		Administrativa		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Orientación al usuario		
<b>PERSPECTIVA</b>		Usuarios		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Promover y mejorar el uso de los servicios a través de las diferentes herramientas tecnológicas (Call Center)		
<b>PROCESO</b>		Medición de satisfacción al Usuario		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Incrementar el número de asignaciones de citas por medio del Call Center para facilitar el acceso a los servicios de salud a los usuarios y su familia		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
1	Fortalecer la planeación, implementación y mejora del proceso de gestión y orientación al usuario haciendo énfasis en la gestión de PQRSF y en la atención de la prestación de servicios	Proporción de citas asignadas por Call Center	Número de citas asignadas por CALL CENTER	35%
			Total de citas asignadas	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Realizar informe de asignación de citas del Call Center	Consolidado mensual	Auxiliar de Call center Dayana Diaz, Ingeniero Bayron Mora	
2	Realizar informe semestral y socializar a Subgerencia de Salud e Investigacion	Informe semestral	María Elena Arturo Profesional Universitaria SIAU	

**5.1.3. Proporción de usuarios satisfechos con la atención.**

<b>SEDE</b>		Administrativa		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Orientación al usuario		
<b>PERSPECTIVA</b>		Usuarios		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar la participación, satisfacción y lealtad de la población usuaria, a través de procesos institucionales que respondan a sus necesidades y expectativas.		
<b>PROCESO</b>		Medición de satisfacción al Usuario		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Incrementar la satisfacción del Usuario		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
1	Fortalecer la planeación, implementación y mejora del proceso de gestión y orientación al usuario haciendo énfasis en la gestión de PQRSF y en la atención de la prestación de servicios	Satisfacción de los Usuarios	Número de usuario satisfechos	90%
			Número de usuarios encuestados	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Aplicar de Encuestas de satisfacción	Formato GOU-EMS 448	Auxiliares SIAU	
2	Consolidar Información trimestral	Consolidado mensual	Auxiliar SIAU	
3	Realizar el informe de medición de satisfacción de los Usuarios	Informe trimestral de Encuesta de medición de satisfacción de los Usuarios	María Elena Arturo Profesional Universitaria SIAU	
4	Socializar el Informe trimestral de PQRSDF-d, ante Comité de ética y Usuarios	Informe trimestral de PQRSDF-d	María Elena Arturo Profesional Universitaria SIAU	
5	Envío de Informes trimestrales a Subgerencia de Salud e Investigación y Directores Operativos	Comunicado oficial y/o correo institucional de Informe trimestral de medición de satisfacción	María Elena Arturo Profesional Universitaria SIAU	

**5.1.4. Proporción de usuarios capacitados en Autocuidado de la Salud y su entorno.**

<b>SEDE</b>		Administrativa		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Orientación al Usuario		
<b>PERSPECTIVA</b>		Usuarios		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Mejorar la participación, satisfacción y lealtad de la población usuaria, a través de procesos institucionales que respondan a sus necesidades y expectativas.		
<b>PROCESO</b>		Orientación e Información al Usuario		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Incrementar el porcentaje de participación de las asociaciones de Usuarios en capacitación en la promoción, autocuidado, el acceso, ampliación y uso de los servicios en la población usuaria.		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
	Mantener y fortalecer los procesos de capacitación a las asociaciones de usuarios enfocado a fortalecer su empoderamiento y promover una cultura del autocuidado	Número de usuarios capacitados en Autocuidado de la Salud y su entorno	Número de usuarios capacitados en Autocuidado de la salud y su entorno	>=10%
		Número de usuarios que conforman las 22 Asociaciones de Usuarios	Número de usuarios que conforman las 22 Asociaciones de Usuarios	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Programar temáticas referente al Autocuidado de la Salud y su entorno	Programación de actividades de capacitación dirigido a Asociación de Usuarios	Nelcy Ibarra Álvarez Profesional Universitaria SIAU María Elena Arturo Profesional Universitaria SIAU	
2	Convocar a los Usuario al despliegue de referente al Autocuidado de la Salud y su entorno	Comunicación oficial de convocatoria	Nelcy Ibarra Álvarez Profesional Universitaria SIAU María Elena Arturo Profesional Universitaria SIAU	
3	Desarrollo de la capacitación a temas referente al Autocuidado de la Salud y su entorno	Acta de capacitación y lista de asistentes	Nelcy Ibarra Álvarez Profesional Universitaria SIAU María Elena Arturo Profesional Universitaria SIAU	



## 6. PERSPECTIVA CRECIMIENTO Y APRENDIZAJE.

### 6.1. Factor Talento Humano.

#### 6.1.1. Efectividad del proceso de inducción y reintucción.

<b>SEDE</b>		Todas las Sedes de la Empresa		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Talento Humano		
<b>PERSPECTIVA</b>		Aprendizaje y Crecimiento		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Fortalecer las competencias del Talento Humano, mediante la implementación de estrategias de capacitación y bienestar social; contribuyendo a satisfacer sus necesidades y expectativas identificadas, con enfoque participativo, mejorando su compromiso y motivación.		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Fortalecer las competencias del talento humano a través de programas estructurados de inducción, reintucción, capacitación y entrenamiento en el puesto de trabajo.		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
1	Mejorar la gestión del plan de capacitación y los procesos de inducción y reintucción, redefiniendo el método pedagógico para garantizar impactos	Efectividad del proceso de inducción y reintucción	Número de personas con evaluación superior a 8	>=70%
			Número total de personas evaluadas en la inducción/ reintucción	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
1	Validar la información del material de inducción general, inducción en el puesto de trabajo y reintucción con los líderes de proceso teniendo en cuenta los nuevos requerimientos normativos y necesidades actuales de la Empresa	Listas de asistencia	_Profesional Universitario Psicólogo –Líderes de proceso	

2	Actualizar el material de inducción y reinducción en la Plataforma Moodle conforme a la información validada por los líderes de proceso articulado al nuevo método pedagógico de inducción y reinducción.	Material de inducción y reinducción actualizado en la plataforma Moodle	_Profesional Universitario Psicólogo _Asesora Talento Humano
3	Actualizar el método pedagógico de inducción y reinducción, específicamente lo relacionado con la inducción en el puesto de trabajo.	Material de inducción y reinducción actualizado en la plataforma Moodle	_Profesional Universitario Psicólogo _Asesora Talento Humano
4	Aplicar la inducción general y la inducción en el puesto de trabajo conforme a las actualizaciones al nuevo personal que se vincula a la entidad, articulado al nuevo método pedagógico de inducción y reinducción.	Resultados Plataforma Moodle	_Profesional Universitario Psicólogo _Secretario Talento Humano
5	Aplicar la reinducción alineada al proceso de acreditación de la Empresa.	Resultados Evaluación	_Profesional Universitario Psicólogo _Equipo de acreditación
6	Evaluar la eficacia de la inducción general, inducción en el puesto de trabajo y reinducción, conforme al indicador establecido	Resultados indicador	_Profesional Universitario Psicólogo _Asesora Talento Humano
7	Verificar las desviaciones encontradas y generar oportunidades de mejora cuando se requiera	Plan de mejora	_Profesional Universitario Psicólogo _Asesora Talento Humano

### 6.1.2. Nivel de efectividad de las capacitaciones.

<b>SEDE</b>		Todas las sedes		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Talento Humano		
<b>PERSPECTIVA</b>		Aprendizaje y Crecimiento		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Fortalecer las competencias del Talento Humano, mediante la implementación de estrategias de capacitación y bienestar social; contribuyendo a satisfacer sus necesidades y expectativas identificadas, con enfoque participativo, mejorando su compromiso y motivación.		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Fortalecer las competencias del talento humano a través de programas estructurados de inducción, reinducción, capacitación y entrenamiento en el puesto de trabajo.		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	

1	Mejorar la gestión del plan de capacitación y los procesos de inducción y reinducción, redefiniendo el método pedagógico para garantizar impactos	Nivel de efectividad de las capacitaciones	Número de metas cumplidas en indicadores estratégicos relacionados con las temáticas de capacitación	>=60%
			Número total de metas para indicadores estratégicos relacionados con las temáticas de capacitación	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Identificar las metas incumplidas producto del informe final de resultados del Plan Operativo Anual vigencia 2023	Informe Final POA 2023	_Profesional Universitario Psicólogo _Profesional Universitario Planeación	
2	Articular las metas incumplidas del POA 2023 a las acciones de formación del Plan Institucional de Capacitaciones vigencia 2024.	Material de inducción y reinducción actualizado en la plataforma Moodle	_Profesional Universitario Psicólogo _Líderes de proceso	
3	Actualizar el Plan Institucional de Capacitaciones 2024 en caso de requerirse, incluyendo nuevas necesidades de capacitación relacionadas con las metas incumplidas POA 2023	Resultados Plataforma Moodle	_Profesional Universitario Psicólogo _Asesora Talento Humano	
4	Ejecutar el Plan Institucional de Capacitaciones vigencia 2024.	Resultados Plataforma Moodle	_Profesional Universitario Psicólogo _Líderes de proceso	
5	Evaluar la cobertura y eficacia de las capacitaciones conforme al indicador establecido	Resultados indicador	_Profesional Universitario Psicólogo _Asesora Talento Humano	
6	Verificar las desviaciones encontradas y generar oportunidades de mejora cuando se requiera	Plan de mejora	_Profesional Universitario Psicólogo _Asesora Talento Humano	

**6.1.3. Proporción de trabajadores que cumplen con las competencias requeridas.**

<b>SEDE</b>		Todas las sedes		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Talento Humano		
<b>PERSPECTIVA</b>		Aprendizaje y Crecimiento		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Fortalecer las competencias del Talento Humano, mediante la implementación de estrategias de capacitación y bienestar social; contribuyendo a satisfacer sus necesidades y expectativas identificadas, con enfoque participativo, mejorando su compromiso y motivación.		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Fortalecer las competencias del talento humano a través de programas estructurados de inducción, reinducción, capacitación y entrenamiento en el puesto de trabajo.		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
1	Seleccionar y fortalecer las competencias del talento humano para la prestación de los servicios y complementarios con especialidades básicas	Proporción de trabajadores que cumplen con las competencias requeridas	Número de empleados que cumplen con un porcentaje superior al 80% en la evaluación de competencias	>=80
			Número total de empleados evaluados	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Analizar y validar el resultado de la Evaluación de Competencias Laborales, identificando las de menor calificación	Informe de Evaluación de Competencias Laborales	_Profesional Universitario Abogado _Secretario Talento Humano _Asesora Talento Humano	
2	Articular las competencias laborales identificadas con menor calificación, al Plan Institucional de Capacitaciones vigencia 2024.	Acta de Reunión	_Profesional Universitario Abogado _Profesional Universitario Psicólogo _Asesora Talento Humano	

3	Actualizar el Plan Institucional de Capacitaciones 2024 en caso de requerirse, incluyendo nuevas necesidades de capacitación relacionadas con las competencias laborales a intervenir.	Plan Institucional de Capacitaciones vigencia 2024	_Profesional Universitario Psicólogo _Asesora Talento Humano
4	Ejecutar el Plan Institucional de Capacitaciones vigencia 2024.	Resultados Plataforma Moodle	_Profesional Universitario Psicólogo _Líderes de proceso
5	Evaluar la eficacia de las capacitaciones conforme al indicador establecido	Resultados indicador	_Profesional Universitario Psicólogo _Asesora Talento Humano
6	Verificar las desviaciones encontradas y generar oportunidades de mejora cuando se requiera	Plan de mejora	_Profesional Universitario Psicólogo _Asesora Talento Humano

**6.1.4. Favorabilidad del clima laboral.**

<b>SEDE</b>		Todas las Sedes de la Empresa		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Talento Humano		
<b>PERSPECTIVA</b>		Aprendizaje y Crecimiento		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Fortalecer las competencias del Talento Humano, mediante la implementación de estrategias de capacitación y bienestar social; contribuyendo a satisfacer sus necesidades y expectativas identificadas, con enfoque participativo, mejorando su compromiso y motivación.		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Conocer la percepción de los trabajadores de la Empresa con relación a su entorno laboral a fin de identificar fortalezas y oportunidades de mejora que a través de su gestión permita crearse un ambiente laboral positivo		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	
87	Mejorar el clima laboral mediante la aplicación de instrumentos que permitan conocer la percepción de los empleados frente al desarrollo de las políticas	Favorabilidad del clima laboral	Resultado promedio de las categorías evaluadas de la encuesta de clima organizacional	>=80%
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	

1	Analizar y validar el resultado de la encuesta de Clima Organizacional, identificando los ítems de menor calificación vigencia 2023	Informe de Clima Organizacional	Grupo de Gestión del Talento Humano
2	Elaborar el plan de mejora de Clima Organizacional interviniendo las categorías inferiores al 89% producto de la aplicabilidad del instrumento establecido.	Plan de Mejora	Grupo de Gestión del Talento Humano
3	Ejecutar el Plan de mejora de Clima Organizacional	Actas de reunión, comunicaciones oficiales	Grupo de Gestión del Talento Humano
4	Generar espacios de sensibilización y fortalecimiento del talento humano basados en la ética, principios y valores institucionales	Listas de Asistencia, Huellas de Envío, Registro Fotográfico	Grupo de Gestión del Talento Humano
5	Realizar talleres en el marco del desarrollo personal, comunicación asertiva, trabajo en equipo y liderazgo	Listas de Asistencia, Huellas de Envío, Registro Fotográfico	Grupo de Gestión del Talento Humano
6	Verificar las desviaciones encontradas y generar oportunidades de mejora cuando se requiera	Plan de Mejora	Grupo de Gestión del Talento Humano

### *6.2. Factor Sistema de Gestión, Seguridad y Salud en el Trabajo*

#### **6.2.1. Frecuencia de Accidentalidad.**

<b>SEDE</b>		Sedes De Pasto Salud ESE		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Sistema de Gestión, Seguridad y Salud en El Trabajo		
<b>PERSPECTIVA</b>		Aprendizaje y crecimiento		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Fortalecer las competencias del Talento Humano, mediante la implementación de estrategias de capacitación y bienestar social; contribuyendo a satisfacer sus necesidades y expectativas identificadas, con enfoque participativo, mejorando su compromiso y motivación		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mantener y Fortalecer el Sistema de Gestión, Seguridad y Salud en el Trabajo que responda a las necesidades del talento humano en cumplimiento de la normatividad aplicable. La estadística de la accidentalidad nos permite identificar en donde se están presentado los eventos con mayor frecuencia para la toma de decisiones para la prevención de los mismos. Además podemos llevar el control de la accidentalidad en la Empresa durante el tiempo		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
		<b>INDICADOR</b>		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	<b>META</b>
1	Mejorar la implementación del SGSST	Frecuencia de Accidentalidad	Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el trimestre	< = 1

	según la normatividad vigente		Promedio de trabajadores que laboran en el trimestre) * 100	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
2	Identificar riesgos de accidentalidad en las sedes de la Empresa a través de inspecciones planeadas con acompañamiento de un integrante del COPASST	Formato de verificación en seguridad industrial formato 244	Profesional Universitario SST Profesional Contratista SST COPASST	
3	Realizar reinducción a los Auxiliares Administrativos (Talento Humano) en reportes de accidentes en el aplicativo dispuesto por la ARL	Lista de asistencia, Acta.	Profesional Universitario SST Profesional Contratista SST COPASST	
4	Presentar informe al Comité de Ambiente Físico de las oportunidades de mejora identificadas en las inspecciones para la intervención al área involucrada	Acta de reunión	Profesional Universitario SST Profesional Contratista SST Comité de Ambiente físico COPASST	

### 6.2.2. Prevalencia de enfermedad laboral.

<b>SEDE</b>	Sedes de Pasto Salud ESE			
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>	Factor Sistema de Gestión, Seguridad y Salud en El Trabajo			
<b>PERSPECTIVA</b>	Aprendizaje y crecimiento			
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	Fortalecer las competencias del Talento Humano, mediante la implementación de estrategias de capacitación y bienestar social; contribuyendo a satisfacer sus necesidades y expectativas identificadas, con enfoque participativo, mejorando su compromiso y motivación			
<b>PROCESO</b>	Gestión del Talento Humano			
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	Mantener y Fortalecer el Sistema de Gestión, Seguridad y Salud en el Trabajo que responda a las necesidades del talento humano en cumplimiento de la normatividad aplicable. La estadística de la accidentalidad nos permite identificar en donde se están presentado los eventos con mayor frecuencia para la toma de decisiones para la prevención de los mismos. Además podemos llevar el control de la accidentalidad en la Empresa durante el tiempo.			
<b>VIGENCIA</b>	2024			
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	

1	Mejorar la implementación del SGSST según la normatividad vigente	Prevalencia de enfermedad laboral (se exceptúa los casos de pandemia por SARS CoV-2 COVID-19)	Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo “Z”	< = 0,3
			Promedio de trabajadores en el periodo “Z”) * 100  ( El denominador lo multiplicamos por 100 y no por 100.000 como lo dice la Resolución 0312 porque la Empresa cuenta con menos de 1000 trabajadores)	

**PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META**

No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE
1	Identificar al personal con riesgo biomecánico en el informe de condiciones de salud del año 2023 para mejorar las condiciones del puesto de trabajo.	Informe de condiciones de salud de la IPS contratada para la práctica de exámenes medico ocupacionales del personal de la Empresa.	Profesional Universitario SST Profesional Contratista SST Copasst.
2	Suministrar elementos de confort en los puestos de trabajo identificados en el programa de vigilancia epidemiológica de riesgo biomecánico	Huella de solicitud de entrega del elemento de confort, material fotográfico	Profesional Universitario SST Profesional Contratista SST Profesional Universitario de Almacén

**6.2.3. Severidad de accidentalidad.**

<b>SEDE</b>		Sedes de Pasto Salud ESE		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Sistema de Gestión, Seguridad y Salud en El Trabajo		
<b>PERSPECTIVA</b>		Aprendizaje y crecimiento		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Fortalecer las competencias del Talento Humano, mediante la implementación de estrategias de capacitación y bienestar social; contribuyendo a satisfacer sus necesidades y expectativas identificadas, con enfoque participativo, mejorando su compromiso y motivación		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mantener y Fortalecer el Sistema de Gestión, Seguridad y Salud en el Trabajo que responda a las necesidades del talento humano en cumplimiento de la normatividad aplicable. La estadística de la accidentalidad nos permite identificar en donde se están presentado los eventos con mayor frecuencia para la toma de decisiones para la prevención de los mismos. Además podemos llevar el control de la accidentalidad en la Empresa durante el tiempo		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
<b>No.</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META</b>
		<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	



1	Mejorar la implementación del SGSST según la normatividad vigente	Severidad de accidentalidad	(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el trimestre) (Tomamos como tiempo de reporte a la Oficina de Planeación trimestralmente) Número de trabajadores en el trimestre) * 100	< o = 10
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Implementar programa de prevención de accidentes de trabajo por riesgo locativo de caídas a nivel.	Documento estandarizado	Profesional Universitario SST Profesional Contratista SST	
2	Implementar Plan de prevención en riesgo público.	Documento estandarizado	Profesional Universitario SST Profesional Contratista SST	
3	Presentar informe al Copasst de las oportunidades de mejora identificadas en las actividades.	Acta de reunión	Profesional Universitario SST Profesional Contratista SST COPASST	

### 6.2.4. Proporción de adherencia al protocolo de bioseguridad.

<b>SEDE</b>		Sedes de Pasto Salud ESE		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Factor Sistema de Gestión, Seguridad y Salud en El Trabajo		
<b>PERSPECTIVA</b>		Aprendizaje y crecimiento		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Fortalecer las competencias del Talento Humano, mediante la implementación de estrategias de capacitación y bienestar social; contribuyendo a satisfacer sus necesidades y expectativas identificadas, con enfoque participativo, mejorando su compromiso y motivación		
<b>PROCESO</b>		Gestión del Talento Humano		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mantener y Fortalecer el Sistema de Gestión, Seguridad y Salud en el Trabajo que responda a las necesidades del talento humano en cumplimiento de la normatividad aplicable. La estadística de la accidentalidad nos permite identificar en donde se están presentado los eventos con mayor frecuencia para la toma de decisiones para la prevención de los mismos. Además podemos llevar el control de la accidentalidad en la Empresa durante el tiempo		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
1	Mejorar la implementación del SGSST	Cumplimiento al protocolo de bioseguridad	Número de ítems evaluados en bioseguridad del formato de verificación en seguridad industrial cumplidos	> o = 90%

	según la normatividad vigente		Total, de Ítems de bioseguridad del formato de verificación
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>			
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE
1	Programar inspecciones a puestos de trabajo en Seguridad Industrial	Circular, huella de envío.	Profesional Universitario SST Profesional Contratista SST
2	Identificar riesgos de accidentalidad en las sedes de la Empresa a través de inspecciones planeadas con acompañamiento de un integrante del COPASST y la ARL.	Formato de verificación en seguridad industrial formato 244	Profesional Universitario SST Profesional Contratista SST COPASST
3	Capacitación en medidas de bioseguridad para la prevención de accidentalidad en Riesgo Biológico (pinchazos) en Hospital Local Civil y Centro Hospital la Rosa	Registros de asistencia.	Profesional Universitario SST Profesional Contratista SST ARL

## 7. PERSPECTIVA FINANCIERA

### 7.1. Factor Sostenibilidad Financiera

#### 7.1.1. Indicadores Sostenibilidad financiera.

<b>SEDE</b>		Sede Administrativa		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Sostenibilidad Financiera		
<b>PERSPECTIVA</b>		Financiera		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Generar auto sostenibilidad financiera, promoviendo la creación de valor y productividad, con el uso eficiente de recursos relacionados con la misionalidad de la empresa.		
<b>PROCESO</b>		Gestión Financiera		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mantener y fortalecer la gestión financiera para garantizar auto sostenibilidad		
<b>VIGENCIA</b>		2024		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
1	Mantener y fortalecer la eficiencia, eficacia y transparencia de la gestión financiera con la aplicación y monitoreo sistemático que conlleve a mejorar la gestión del equilibrio presupuestal y a maximizar la rentabilidad	Margen de Utilidad neta	Utilidad bruta del periodo / Ingresos del Periodo X 100	>=3%
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Elaboración y presentación trimestral del Estado de Resultados	Estados Financieros firmados	Profesional Universitaria de Contabilidad	
2	Cargue trimestral del indicador en la plataforma INFOMEDIC, para su monitoreo	Plataforma INFOMEDIC	Profesional Universitaria de Contabilidad	

<b>SEDE</b>	Sede administrativa
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>	Sostenibilidad Financiera
<b>PERSPECTIVA</b>	Financiera
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	Generar auto sostenibilidad financiera, promoviendo la creación de valor y productividad, con el uso eficiente de recursos relacionados con la misionalidad de la empresa.

<b>PROCESO</b>		Gestión Financiera		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Mantener y fortalecer la gestión financiera para garantizar auto sostenibilidad		
<b>VIGENCIA</b>		2022		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
94	Mantener y fortalecer la eficiencia, eficacia y transparencia de la gestión financiera con la aplicación y monitoreo sistemático que conlleve a mejorar la gestión del equilibrio presupuestal y a maximizar la rentabilidad	Equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)	>=1,00
			Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores	
96	Mantener y fortalecer la eficiencia, eficacia y transparencia de la gestión financiera con la aplicación y monitoreo sistemático que conlleve a mejorar la gestión del equilibrio presupuestal y a maximizar la rentabilidad	Evolución de Gasto por Unidad Relativo Producida	Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación	<=0,9
			Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación	
			Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación	
			Número UVR producidas en la vigencia anterior	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
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	Profesional Universitario y Técnico Administrativo de Facturación	Cuentas radicadas	
2	Generar equilibrio presupuestal al finalizar la vigencia entre el gasto comprometido y el recaudo efectivo	Gerencia, Subgerencia Financiera y Profesional Universitaria de Presupuesto	Informes periódicos de Ejecución Presupuestal	
3	Elaborar informes mensuales contables y de ejecución presupuestal, que permitan identificar desviaciones e implementar mejoras en la gestión administrativa y financiera	Profesional Universitario de Presupuesto, Profesional Universitario Contabilidad	Estados Financieros y Ejecución Presupuestal, publicados en la página web	
4	Gestionar la incorporación al presupuesto de los recursos gestionados y efectuar seguimiento a la ejecución de los recursos	Profesional Universitario de Presupuesto, Supervisor o Interventor, Directores Operativos de Red, Oficina Asesora de Planeación	Informes de interventoría y/o supervisión, actas de Liquidación de contratos, e informe de ejecución presupuestal	

5	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, fecha 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.	Tesorero	Matriz de Programación de Pagos; Ordenes de pago y facturas pagadas
---	---	----------	---

### 7.1.2. Nivel de glosa.

<b>SEDE</b>		Administrativa		
<b>FACTOR ESTRATÉGICO</b>		Sostenibilidad financiera		
<b>PERSPECTIVA</b>		Financiera		
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>		Generar auto sostenibilidad financiera, promoviendo la creación de valor y productividad, con el uso eficiente de recursos relacionados con la misionalidad de la empresa.		
<b>PROCESO</b>		Proceso de gestión financiera.		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>		Evidenciar el nivel de glosa aceptada frente a lo facturado por ventas de servicios de salud, generando acciones en el tiempo que permitan disminuir o mantener la glosa.		
<b>VIGENCIA</b>		<b>2024</b>		
No.	ESTRATEGIA	INDICADOR		META
		NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	
	Mantener y fortalecer la eficiencia, eficacia y transparencia de la gestión financiera con la aplicación y monitoreo sistemático que conlleve a mejorar la gestión del equilibrio presupuestal y a maximizar la rentabilidad	Nivel de glosa	Valor de la glosa aceptada	Menor o igual al 3%
			Valor de los ingresos por ventas de servicios	
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL LOGRO DE LA META</b>				
No.	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	
1	Realizar despliegue de los contratos con las diferentes ERP	Circular , acta o listas de asistencia	Subgerencia de salud e investigación	
2	Generar mejoras en el sistema y con demás áreas para subsanar glosas	Mejoras implementadas	Profesional Especializado área de la salud	

3	Desplegar la normatividad actual de gestión de glosas	Lista de asistencia	Profesional Especializado área de la salud
4	Generar cambios al procedimiento de gestión de glosas y sistema de acuerdo a la normatividad actual	Procedimiento actualizado	Profesional Especializado área de la salud
5	Retroalimentar las glosas más representativas en articulación con resultados de auditoría a registros	Acta o listas de asistencia	Profesional Especializado área de la salud
6	Generar informe de gestión de glosas	Informe de gestión de glosas	Profesional Especializado área de la salud

**FIN DEL DOCUMENTO.**

Consolidado:

EDGARDO ROMO GENOY  
 Profesional universitario Planeación.

Aprobó:

SEBASTIAN GRANJA ORDOÑEZ  
 Gerente