



ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2017-2020

PLAN OPERATIVO
COMPONENTE PROGRAMATICO POR VIGENCIA
EJECUCION POAI FINAL VIGENCIA 2019

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	NO.	META	INDICADOR	RESULTADO ESPERADOS EN EL CUATRENIO	PROGRAMADO	EJECUTADO	PRESUPUESTO PROMEDIO ASIGNADO 2019	CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIO SI O NO	ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIAS	RESPONSABLE - LIDER
						2019	2019							
1.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	1	Evaluar anualmente la aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensión gestantes cuyo resultado debe ser $\geq 0,80$	Evaluación Anual realizada Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la E.S.E con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	Enero: 1 Febrero: 1 Marzo: 1 Abril: 1 Mayo: 1 Junio: 1 Julio: 1 Agosto: 1 Septiembre: 1 Octubre: 1 Noviembre: 1 Diciembre: 1 Promedio: 1	N.A	100	100	SI	Se midió mensualmente el indicador el cual fue llevado a análisis en el Comité de Historias Clínicas, cumpliendo la meta.	Actas comité de Historias clínicas y certificaciones. Soportes en la Oficina de Calidad	SUBDIRECTOR CIENTIFICO
2.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	2	Evaluar anualmente la aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida, propender porque resultado de la evaluación su índice sea $\geq 0,80$	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la E.S.E para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia/Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	Primer trimestre: 0,98 Segundo Trimestre: 1 Tercer Trimestre: 1 Cuarto trimestre: 1 Promedio: 0,99	N.A	100	100	SI	La primera causa de egreso hospitalario para el año 2019 fue Dengue	Actas comité de Historias clínicas y certificaciones. Soportes en la Oficina de Calidad	SUBDIRECTOR CIENTIFICO
3.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	3	Evaluar anualmente la atención oportuna en pacientes que requieran la realización de Apendicetomía, y propender que el resultado de la evaluación su índice sea $\geq 0,90$	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	Enero: 0,9 Febrero: 0,94 Marzo: 1 Abril: 0,91 Mayo: 1 Junio: 1 Julio: 1 Agosto: 1 Septiembre: 1 Octubre: 1 Noviembre: 1 Diciembre: 1 Promedio: 0,97	N.A	100	100	SI	Se midió mensualmente el indicador el cual fue llevado a análisis en el Comité de Historias clínicas, cumpliendo la meta	Actas comité de Historias clínicas y certificaciones. Soportes en la Oficina de Calidad	SUBDIRECTOR CIENTIFICO

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	NO.	META	INDICADOR	RESULTADO ESPERADOS EN EL CUATRENI	PROGRAMADO	EJECUTADO	PRESUPUESTO PROMEDIO ASIGNADO 2019	CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIO SI O NO	ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIAS	RESPONSABLE - LIDER
						2019	2019							
4.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	4	Mantener el índice de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual Cero (0) ó Variación Negativa	1. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación 2. Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalarios en la vigencia objeto de evaluación-Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	0	0	Enero: 0 Febrero: 0 Marzo: 0 Abril: 0 Mayo: 0 Junio: 0 Julio: 0 Agosto: 0 Septiembre: 0 Octubre: 0 Noviembre: 0 Promedio: 0	N.A	100	100	SI	Se midió mensualmente el indicador el cual fue llevado a análisis en el Comité de Historias clínicas, cumpliendo la meta.	Certificaciones. Soportes en la Oficina de Calidad	SUBDIRECTOR CIENTIFICO
5.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	5	Mantener el índice Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM) $\geq 0,90$	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior al diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	Enero: 1 Febrero: 1 Marzo: 1 Abril: 1 Mayo: 1 Junio: 1 Julio=1 Agosto: 1 Septiembre: 1 Octubre: 1 Noviembre: 1 Diciembre: 1 Promedio: 1	N.A	100	100	SI	Se midió mensualmente el indicador el cual fue llevado a análisis en el Comité de Historias clínicas, cumpliendo la meta.	Actas comité de Historias clínicas y certificaciones. Soportes en la Oficina de Calidad	SUBDIRECTOR CIENTIFICO
6.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	6	Prestar los servicios con Oportunidad en la atención de consulta de Pediatría y propender que su índice sea ≤ 5	Sumatoria de la diferencia de días calendario entere la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	≤ 5	≤ 5	6,1 días	N.A	0%	0	NO	No se cumplió con la meta de acuerdo a las agendas médicas.	Plataforma SIHO	SUBDIRECTOR CIENTIFICO
7.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	7	Prestar los servicios con Oportunidad en la atención de pacientes de obstetricia y propender que sus índice sea ≤ 8	Sumatoria de la diferencia de días calendario entere la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	≤ 8	≤ 8	5,9 días	N.A	100%	100	SI	Se cumplió con la meta de acuerdo a las agendas médicas.	Plataforma SIHO	SUBDIRECTOR CIENTIFICO
8.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	8	Prestar los servicios con Oportunidad en la atención de pacientes en Medicina Interna y propender porque su índice sea ≤ 15	Sumatoria de la diferencia de días calendario entere la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	≤ 15	≤ 15	9,5 días	N.A	100%	100	SI	Se cumplió con la meta de acuerdo a las agendas médicas.	Plataforma SIHO	SUBDIRECTOR CIENTIFICO

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	NO.	META	INDICADOR	RESULTADO ESPERADOS EN EL CUATREÑO	PROGRAMADO	EJECUTADO	PRESUPUESTO PROMEDIO ASIGNADO 2019	CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIO SI O NO	ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIAS	RESPONSABLE - LIDER
						2019	2019							
9.SERVICIOS	Fortalecer los Servicios de Alta Complejidad ante las EPS con una estrategia adecuada de mercadeo.	9	Realizar dos Campañas anuales de los servicios que presta la institución a través de diversos Medios de Comunicación, que existen en el área de influencia.	Número de Campañas planeadas/Número de Campañas ejecutadas	5	2	2	Paso Tv: Valor Contrato mensual: 687.000 - José Antonio Galán 500,000 y Fernando Otero 500,000	100	100	SI	Contratación con Medios de Comunicación para ofertar servicios de la E.S.E cancelando mensualmente la suma de 1687000	Contratos y Certificaciones expedientes que reposan en la oficina jurídica	GERENCIA SUBGERENCIAS GESTION CALIDAD
10.SERVICIOS	Fortalecer el liderazgo académico gestionando Seminarios, Simposios dirigidos a los profesionales de la Región y a los profesionales de la E.S.E.	10	Gestionar la realización anual de Seminarios ó Simposios dirigidos a los profesionales de la región y al personal de la E.S.E	Número de Seminarios ó Simposios realizados/Número de Seminarios Planeados	4	1	1	N.A	100	100	SI	El 26 de julio de 2019 se realizó un seminario Infección del sitio Operatorio, No. De Asistente: 67 colaboradores	Registro de Asistencia, evidencias reposan en la oficina de Salud Pública Comité de Infecciones	SUDIRECTOR CIENTIFICO
13, SERVICIOS	A través de recursos propios ó gestionados ante el departamento o la Nación, adquirir dotación de equipos biomédicos para las diferentes especialidades.	11	Realizar la Compra de 5 puertas de acceso a los quirófanos.	Número de puertas adquiridas/Número de puertas programadas a adquirir	5	5	5	180000000	100	100	SI	Se realizó un contrato por 7.327.000 para el arreglo y mantenimiento de las puertas de quirófanos.	Contrato 101-19 expediente que reposa en la oficina jurídica	SUBDIRECTOR CIENTIFICO
14.SERVICIOS	Implementar un Programa de Fortalecimiento de adherencia de procesos, procedimientos, protocolos, Guías de Manejo y Programa de Seguridad del Paciente.	12	Realizar dos (2) reuniones anuales de fortalecimiento de adherencia a proceso, procedimientos, protocolos, Guías de Manejo y Programa de Seguridad del Paciente.	Número de Campañas ejecutadas/Número de Campañas Planeadas	4	2	2	N.A	100%	100	SI	Primer Semestre: Se midió el nivel de adherencia de los siguientes procesos obteniendo los siguientes resultados: Acceso Venoso Periférico: 95%, Administración de Medicamentos: 86%, Riesgo de Caída: 94%, Cateterismo Vesical: 98%. Segundo Semestre: Se midió el nivel de adherencia de los siguientes procesos obteniendo los siguientes resultados: Acceso Venoso Periférico: 92%, Administración de Medicamentos: 91%, Riesgo de Caída: 95%, Cateterismo Vesical: 100%	Certificación por la Enfermera Apoyo a la Oficina de Calidad. Las evidencias reposan en Comité de Seguridad del Paciente.	GESTION CALIDAD
15.SERVICIOS	Fortalecer la Implementación del Programa de Seguridad del Paciente.	13	Realizar dos reuniones dos (2) reuniones anuales de Socialización del Programa de Seguridad del Paciente al 90% del Personal de la E.S.E	Personal capacitado en el Programa de Seguridad del paciente/Total personal de la E.S.E	5	2	2	N.A	100%	100	SI	Primer Semestre: Se realizó mediante la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, estaba programada para el mes de junio, por inconvenientes administrativos de la Sociedad se aplazó para los primeros días de julio de 2019, asistieron 155 colaboradores. Segundo Semestre: Se realizó capacitación en seguridad del paciente al personal de Consulta Externa Especializada.	Registro de Asistencia, e informe en el Comité de Seguridad del Paciente archivos que reposan en la oficina de calidad	GESTION CALIDAD
16.SERVICIOS	Fortalecer la Implementación del Programa de Seguridad del Paciente.	14	Realizar una Medición anual del Nivel de Adherencia al Programa de Seguridad del Paciente en la entidad.	Número de Mediciones de adherencia al Programa/Total de Mediciones Planeadas	3	1	2	N.A	100%	100	SI	Primer Semestre: Se midió el nivel de adherencia de los siguientes procesos obteniendo los siguientes resultados: Acceso Venoso Periférico: 95%, Administración de Medicamentos: 86%, Riesgo de Caída: 94%, Cateterismo Vesical: 98%. Segundo Semestre: Se midió el nivel de adherencia de los siguientes procesos obteniendo los siguientes resultados: Acceso Venoso Periférico: 92%, Administración de Medicamentos: 91%, Riesgo de Caída: 95%, Cateterismo Vesical: 100%	Certificación por la Enfermera Apoyo a la Oficina de Calidad. Las evidencias reposan en Comité de Seguridad del Paciente, en la oficina de calidad	GESTION CALIDAD
		15	Documentar la Actualización de la Política de Humanización y realizar el proceso de socialización	Política Documentada y aprobada mediante acto administrativo y socializada	1	1	1	N.A	100	100	SI	La Política de Humanización se encuentra documentada y aprobada dentro del Direccionamiento Estratégico de la Entidad	Direccionamiento Estratégico Diciembre de 2018, Semana HMB Expediente de evidencias oficina de calidad	GESTIÓN TALENTO HUMANO

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	NO.	META	INDICADOR	RESULTADO ESPERADOS EN EL CUATRENI	PROGRAMADO	EJECUTADO	PRESUPUESTO PROMEDIO ASIGNADO 2019	CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIO SI O NO	ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIAS	RESPONSABLE - LIDER
						2019	2019							
17. SERVICIOS	Desarrollar Políticas al interior de la organización incentivando la cultura de servicio y un trato humanizado.	16	Realizar tres (3) Capacitaciones en cultura de servicio y trato humanizado al personal de la entidad.	Número de Capacitaciones ejecutadas/Número de Capacitaciones planeadas	3	1	1	N.A	100	100	SI	Se han realizado capacitaciones durante el segundo semestre del año a todo el personal con el apoyo de la Enfermera de la Oficina de Calidad	Seguimiento al Plan de Capacitación Institucional 2019, listas de asistencia, Programa de inducción y Evidencias de actividades realizadas en la Semana HMB - Evidencias oficina de Talento Humano	GESTIÓN TALENTO HUMANO
		17	Realizar anualmente evaluación de adherencia a la Política de Humanización	Número de Mediciones de adherencia al Programa/Total de Mediciones Planeadas	2	1	1	N.A	100	100	SI	Se han realizado encuestas para medición de adherencia a la política con el apoyo de la Enfermera de la Oficina de Calidad	Encuestas aplicadas - con el apoyo de la Enfermera de la Oficina de Calidad - Evidencias oficina de calidad	GESTIÓN TALENTO HUMANO
18.SERVICIOS	Fortalecer el Sistema de Costos por actividad basados en la nueva normatividad, con el fin de tomar decisiones basados en hechos, mejorando la contratación de tarifas con las EPS.	18	Realizar el procedimiento de Costeo por actividad a los 17 centros de costos basados en la normatividad vigente	Número de Procedimientos costeados realizados en el periodo/Número de Procedimientos Costeados planeados	17	17	16	N.A	94%	94	SI	De las 17 Unidades Funcionales, se han costeado algunos procedimientos que corresponden a 16 Centros de Costos. Se envía el valor costeado a la Oficina de Contratos	Consulta en el Software de Costos SICOSALUD Producción Heterogénea Costeo de Productos - evidencias oficina de Contabilidad área costos	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
19. SERVICIOS	Atención materno infantil integral con énfasis en cero barreras administrativas y operativas para el binomio madre hijo, los cuales se reflejen en disminución en indicadores de morbilidad materna extrema, bajo peso, mortalidad perinatal y presencia de patologías como sífilis gestacional, congénita, hipertensión materna, diabetes materna	19	Realizar campañas que permitan Captar el 85% de las gestantes para consulta prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación / gestantes que consultaron por primera vez antes de las 12 semanas	85%	85%	87%	N.A	100%	100	SI	Revisión de base de datos de gestantes Promoción del servicio de control prenatal a través de medios de comunicación. Canalización con laboratorio de reportes (+) de gravidez hacia consulta externa.	Informe consolidado de atenciones en el período - Evidencias Salud Pública y Consulta Externa	SALUD PUBLICA
		20	Realizar control y seguimiento integral con medico, enfermera, nutrición, psicología del 90% de las gestante cumpliendo con el 90% de las acciones preventivas	Número de Controles integrales realizados a las gestantes del registro de consulta externa / total de gestantes del régimen subsidiado registrado para la entidad	90%	90%	96%	N.A	96%	96	SI	Revisión de base de datos de gestantes Revisión de Historias clínicas de gestantes para la verificación de asistencia a citas por medicina, psicología y nutrición. Implementación de atención de acuerdo a la Res. 3280 de 2018	Informe consolidado de atenciones en el período. Evidencias Oficina de Salud Pública y Consulta Externa	SALUD PUBLICA
		21	Aplicar los Protocolos de Disminución de casos de sífilis congénita	Nivel de adherencia a los protocolos establecidos	100%	100%	100%	N.A	100%	100	SI	Revisión de BAI Institucional. Revisión de laboratorios mensual donde se toma indicador, número de casos detectados de serología positivas/ Número de casos con tratamiento oportuno. Se realizó revisión de HC de caso y los que aplicaron para notificación se reportaron a SIVIGILA, Unidad de Análisis de Caso	BAI SIVIGILA Laboratorio ABORATORIOS SEROLOGIA	SALUD PUBLICA
20.SERVICIOS	Reorganizar el área de observación de urgencias con acceso adecuado a la sala de espera.	22	Realizar la adecuación del área de sala de espera de urgencias a la sala de observación que permita el acceso directo al servicio.	Área de observación de urgencias con acceso adecuado a la sala de espera.	1	1	1	25000000	100%	100	SI	Se adecuo el acceso independiente de la sala de espera a la sala de observación del servicio de urgencias por el sector de farmacia	Se adecuo el acceso independiente de la sala de espera a la sala de observación del servicio de urgencias por el sector de farmacia	GERENCIA SUBDIRECTOR CIENTIFICA
1. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	23	Disminuir el índice de Evolución del Gasto por unidad de valor relativo producida	Gastos de Funcionamiento y Operación Comercial y prestación de Servicios comprometido en el año objeto de evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia	1,10	1,10	0,95	N.A	0,95	100	SI	Jornadas adicionales de especialidades médicas y quirúrgicas, austeridad en el gasto, planeación en los gastos presupuestados. Con relación al año anterior aumento ya que al haber mas UVR producidas también se tuvo que realizar planeación de nuevos gastos y costos de estos.	SIHO	GESTIÓN FINANCIERA
		Gastos de funcionamiento y producción comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia anterior		GESTIÓN FINANCIERA										

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	NO.	META	INDICADOR	RESULTADO ESPERADOS EN EL CUATREÑO	PROGRAMADO	EJECUTADO	PRESUPUESTO PROMEDIO ASIGNADO 2019	CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIO SI O NO	ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIAS	RESPONSABLE - LIDER
						2019	2019							
2. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	25	Establecer estrategias que permitan la adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico se realice mediante algunos de los siguientes mecanismos: 1. Compras Conjuntas. 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	Total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: 1. Compras Conjuntas. 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos / Total de adquisiciones de la E.S.E por medicamentos y material médico quirúrgico	0,20	0,24	0,67	N.A	SI	100	SI	En el año 2020 se realizaron compras a cohonas por 2300816285	Certificación revisor fiscal	GERENCIA Y SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA
3. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 201	26	Mantener el índice de Monto de la deuda inferior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior Cero (0) ó Variación Negativa	1. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. 2. ((Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre la vigencia objeto de evaluación)-(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes))	0	0	0	N.A	SI	100	SI	Para la vigencia 2019 no se tiene deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia 2019	Certificación revisor fiscal	GESTION FINANCIERA - GESTION DEL TALENTO HUMANO
4. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	27	Presentar trimestralmente ante la Junta Directiva la Información de registro Individual de prestaciones-RIPS (4)	Informes trimestrales presentados a la Junta Directiva de registro Individual de prestaciones-RIPS	16	4	4	N.A	100%	100	SI	Se han realizado las siguientes sesiones de Junta Directiva el día 21 de marzo de 2019 y el 25 de Julio de 2015 donde se socializaron los RIPS, el 5 de diciembre de 2019 se realizó la socialización de dos periodos para un total de 4 en el año	Actas de Junta Directiva	GESTION FINANCIERA
5. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	28	Mantener el Resultado del equilibrio presupuestal con recaudo $\geq 1,00$	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/Valor de la Ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	0,85	N.A	85%	100	SI	Por cada peso gastado el Hospital recaudó 085 centavos	Evidencias oficina de Contabilidad y el Área de Estadísticas	GESTION FINANCIERA
6. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	29	Dar cumplimiento oportuno a la entrega del reporte de información de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya en los tiempos establecidos.	Cumplimiento al 100% en la entrega oportuna de los informes en los términos de la normatividad vigente	100%	100%	100	SI	100%	100	SI	Reporte Oportuno	Evidencias reposan en cada área	GESTION FINANCIERA
7. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	30	Dar cumplimiento en la entrega oportuna del reporte de información del Decreto 2193/04 o la norma que lo sustituya en los términos y tiempos establecidos.	Cumplimiento al 100% de los informes en los términos de la normatividad vigente	100%	100%	100	SI	100%	100	SI	Reporte Oportuno	Evidencias reposan en cada área	GESTION FINANCIERA
8. FINANCIERO	Seguimiento trimestral al presupuesto para mantener el equilibrio financiero. (Comité de sostenibilidad contable)	31	Realizar cuatro (4) seguimientos al año al presupuesto en el comité de sostenibilidad contable	Número de Seguimientos realizados en comité /Número de Seguimientos Planeados	14	4	12	NA	100%	100	SI	Se realizaron 12 sesiones de comité de sostenibilidad contable en la vigencia 2019	Actas del Comité de Sostenibilidad que reposan en el archivo del Área de Financiera	GESTION FINANCIERA

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	NO.	META	INDICADOR	RESULTADO ESPERADOS EN EL CUATRENI	PROGRAMADO	EJECUTADO	PRESUPUESTO PROMEDIO ASIGNADO 2019	CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIO SI O NO	ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIAS	RESPONSABLE - LIDER
						2019	2019							
9. FINANCIERO	Participación de los servidores públicos de la entidad en las capacitaciones convocadas por los entes Nacionales y Departamentales en los Temas del Área Financiera y Contable	32	Asistir a dos (2) capacitaciones anuales convocadas por los entes nacionales o departamentales capacitaciones de temas financieros y Contables.	Número de Capacitaciones en temas financieros a las cuales asiste el personal del área financiera/Número de Capacitaciones convocadas en temas financieros y contables	8	2	2	N.A	100	100	SI	Se han realizado dos capacitaciones así: Fecha de cumplimiento Junio 26, 27 y 28 de 2019 Congreso Nacional de Contabilidad Pública 2019. Con retroalimentación al proceso financiero de la E.S.E., y Capacitación sobre el Proceso de fiscalización UGPP realizada el 12 de junio de 2019	Seguimiento al Plan de Capacitación Institucional 2019, listas de asistencia y ficha técnica de capacitación. - Evidencias oficina de Talento Humano	GESTION FINANCIERA
10. FINANCIERO	Establecer las estrategias de cobro entre la parte gerencial, administrativa y apoyo jurídico para disminuir la rotación de la cartera	33	Disminuir la rotación de cartera en 30 días durante el cuatrienio	Ind R= ventas año /((CxX Año -1 + CxC Año 0)/2) Rotación= 360/ Ind R.	230	235	218	N.A	100%	100	SI	El índice de rotación de cartera para la vigencia 2019 es de 218 días	Reportes de informes mensuales que reposan en el archivo de la oficina de Cartera	GESTION FINANCIERA
11. FINANCIERO	Mantener la cartera conciliada para aprovechar oportunidades de saneamiento del sector como compras de cartera, cesiones de crédito y demás alivios financieros por parte del Gobierno Nacional, Departamental y las Aseguradoras.	34	Realizar Dos (2) conciliaciones de saldo por año con las principales aseguradoras(Que representen más del 80% de la Cartera)	Número de Conciliaciones de saldo realizadas en el año/Número de Conciliaciones Planeadas	7	2	58	N.A	100%	100	SI	El Coordinador del Área de Cartera y la Gerencia asistieron a las mesas de Conciliación convocadas	Los informes y reportes reposan en los archivos de la oficina de Cartera	GESTION FINANCIERA
2.PROCESOS INTERNOS	Realizar visitas de referenciación competitiva a Instituciones de igual o mayor nivel de complejidad, con el fin de realizar comparación con las mejores prácticas.	35	Realizar una visita de referenciación competitiva a Instituciones de igual o mayor nivel de complejidad, con el fin de realizar comparación con las mejores prácticas.	Número de visitas de referenciación competitiva realizadas/Número de visitas planeadas	4	1	2	2.623.649	100	100	SI	Referenciación Competitiva a la Fundación Valle del Lili en la Ciudad de Cali y Fundación Cardiovascular el 28 de agosto de 209	Certificado de Asistencia	GERENCIA - SUBGERENCIAS
5. PROCESOS INTERNOS	Posicionar la Imagen Corporativa basándonos en Referenciación competitiva	36	Realizar dos (2) campañas anuales de comunicación en diferentes medios (prensa escrita, televisión, radio) más los que han traído las nuevas tecnologías tales como Internet, redes sociales, entre otros	Número de campañas realizadas / Número de campañas Programadas	5	2	2	Paso Tv: Valor Contrato mensual: 687.000 - José Antonio Galán 500,000 y Fernando Otero 500,000	100	100	SI	Contratación con Medios de Comunicación para ofertar servicios de la E.S.E cancelando mensualmente la suma de 1.687.000	Contratos y Certificaciones expedientes que reposan en la oficina jurídica	GERENCIA SUBGERENCIAS GESTION CALIDAD
6. PROCESOS INTERNOS	Realizar campañas de socialización de los Procedimientos, Protocolos de las Guías institucionales y posteriormente medir el nivel de adherencia.	37	Coordinar una jornadas anual de Socialización de los Procedimiento, Protocolos, de las Guías Institucionales con los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo.	Número de jornadas de socialización realizadas/Número de Socializaciones planeadas	2	1	2	N.A	100	100	SI	Primer Semestre: Se realizaron socializaciones: acceso venoso periférico y administración de medicamentos: 79 colaboradores, riesgo de caídas, manual de identificación y código rojo: 67 colaboradores, Adaptación neonatal: 45 colaboradores, Gases Sanguíneos: 36 personas, Manejo de bombas de infusión y nutrición enteral: 18 colaboradores, Manejo de transfusiones: 39 colaboradores, Soporte nutricional y metabólico: 93 colaboradores, Uso racional de hemocomponentes: 12 colaboradores, Administración segura de nutrición: 44 colaboradores, Atención de paciente politraumatizado: 44 colaboradores. Segundo Semestre: Se realizaron socializaciones: Construyendo Cultura de Seguridad del Paciente: 112 colaboradores, Manejo de Bombas de Infusión: 58 colaboradores, Traslado de Paciente: 21 colaboradores, Aspiraciones: 7 colaboradores.	Registro de Asistencia y Ficha técnica de Capacitaciones en la Oficina de Talento Humano	GESTION CALIDAD SUBGERENCIAS

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	NO.	META	INDICADOR	RESULTADO ESPERADOS EN EL CUATRENI	PROGRAMADO	EJECUTADO	PRESUPUESTO PROMEDIO ASIGNADO 2019	CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIO SI O NO	ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIAS	RESPONSABLE - LIDER
						2019	2019							
		38	Realizar una (01) evaluación anual de medición del Nivel de adherencia	Número de mediciones realizadas/Número de mediciones planeadas	2	1	1	N.A	100	100	SI	<p>Primer Semestre: Se midió el nivel de adherencia de los siguientes procesos obteniendo los siguientes resultados: Acceso Venoso Periférico: 95%, Administración de Medicamentos: 86%, Riesgo de Caída: 94%, Cateterismo Vesical: 98%.</p> <p>Segundo Semestre: Se midió el nivel de adherencia de los siguientes procesos obteniendo los siguientes resultados: Acceso Venoso Periférico: 92%, Administración de Medicamentos: 91%, Riesgo de Caída: 95%, Cateterismo Vesical: 100%</p>	Certificación por la Enfermera Apoyo a la Oficina de Calidad. Las evidencias reposan en Comité de Seguridad del Paciente en la oficina de calidad	GERENCIA SUBGERENCIAS GESTION CALIDAD
7. PROCESOS INTERNOS	Actualización del Normograma de la Entidad	39	Realizar la actualización anual del Normograma de la entidad	Normograma actualizado y socializado	1	1	1	N.A.	100	100	SI	Se realizó la respectiva actualización, publicada en la página web de la E.S.E., para su socialización.	MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES - Oficina de Calidad	GESTION JURIDICA
8. PROCESOS INTERNOS	Realizar seguimiento a los estándares de Habilitación para su debido cumplimiento	40	Realizar una (1) autoevaluación anual a los estándares de habilitación	Autoevaluación anual realizada	3	1	1	N.A	100	100	SI	Se realizó la autoevaluación en el mes de Enero de 2019 según normatividad	Autoevaluación	GESTION CALIDAD
9. PROCESOS INTERNOS	Capacitar permanente en la Resolución 1995 de 1999 al líder y equipo del Proceso de historias clínicas	41	Realizar dos (02) capacitaciones anuales en la Resolución 1995 de 1997	Número de capacitaciones realizadas/número de Capacitaciones planeadas	4	1	2	N.A.	100	100	SI	Se realizó capacitación referente a la Resolución 1995 de 1997, al talento humano que ejecuta actividades en el área de estadística el 23 de mayo del corriente. Se llevó a cabo la retroalimentación durante el mes de diciembre de 2019.	Listado de asistencia; ficha técnica de la capacitación, los cuales reposan en la Oficina Asesora Jurídica.	GESTIÓN JURÍDICA
10. PROCESOS INTERNOS	Realizar mantenimiento a las instalaciones por deterioro de la infraestructura que requieran intervención	42	Realizar el Mantenimiento respectivo a la infraestructura que lo requiera por su deterioro de acuerdo a Plan de Trabajo	Porcentaje de avance de Mantenimiento realizado de acuerdo al plan de trabajo establecido	100%	100%	100%	604.165.252,00	100	100	SI	Inspección del área, corrección de daños, deterioro, humedades de: paredes, pisos, guarda-escobas, cielo rasos; Pintura en general del área. Revisión del sistema de redes: red hidráulica, red gases medicinales, red telefónica, red eléctrica y sonido ambiental Mantenimiento de áreas adyacentes (bajantes, canaletas, placas, techos y alcantarillas)	Reportes físicos en el área de Mantenimiento	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
11. PROCESOS INTERNOS	Establecer el perfeccionamiento de la administración de archivos, la preservación de la información, el acceso a la información, el fortalecimiento y articulación, en aspectos tecnológicos y de seguridad, proyectándose a contar con instrumentos archivísticos.	43	Documentar y Socializar el Plan Institucional de archivo (PINAR), Programa de Gestión Documental (PGD), Sistema Integrado de Conservación (SIC).	Número de Documentos realizados y Socializados/Número de Documentos Planeados.	3	3	3	\$ 28.500.000	100%	100	SI	Elaborados aprobados en Comité de Archivo socializados y publicados en la página web institucional	Elaborados aprobados en Comité de Archivo socializados y publicados en la página web institucional	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
1. FORMACION Y CRECIMIENTO	Fortalecer las competencias y habilidades del recurso humano de la Institución a partir de la implementación de Programas de capacitación y bienestar	44	Formular e Implementar anualmente el Plan de Capacitación y Formación y el Programa de Bienestar y Estimulo, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP	Programa de Capacitación y Formación formulado e implementado	3	1	1	N.A.	100	100	SI	Se cuenta con el documento GTH-PL-04 PLAN DE CAPACITACION PIC 2019 y GTH-FO-09 CRONOGRAMA PIC 2019 Y PIC EXTRAORDINARIO aprobados el 22 de febrero de 2019	GTH-PL-04 PLAN DE CAPACITACION PIC 2019 y GTH-FO-09 CRONOGRAMA PIC 2019 Y PIC EXTRAORDINARIO	GESTION DEL TALENTO HUMANO
		45		Programa de Bienestar y Estimulos formulado e implementado	3	1	1	N.A.	100	100	SI	Se cuenta con el documento GTH-PL-05 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS 2019 y GTH-FO-10 CRONOGRAMA PLAN DE BIENESTAR E INCENTIVOS 2019	GTH-PL-05 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS 2019 y GTH-FO-10 CRONOGRAMA PLAN DE BIENESTAR E INCENTIVOS 2019	GESTION DEL TALENTO HUMANO
		46	Realizar Semestralmente seguimiento al Plan de Capacitación y Formación y al Plan de Bienestar y Estimulos	Número de seguimientos realizados/Número de seguimientos planeados	4	2	2	N.A.	100	100	SI	Se presento seguimiento a los Planes ante el Comité de Evaluación y Gestión el día 3 de septiembre de 2019	Acta del Comité de Evaluación y Gestión. Cronograma del PIC y Bienestar 2019 ejecutado Evidencias oficina de Talento Humano	GESTION DEL TALENTO HUMANO

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	NO.	META	INDICADOR	RESULTADO ESPERADOS EN EL CUATRENI	PROGRAMADO	EJECUTADO	PRESUPUESTO PROMEDIO ASIGNADO 2019	CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIO SI O NO	ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIAS	RESPONSABLE - LIDER
						2019	2019							
2.FORMACION Y CRECIMIENTO	Realizar reuniones de sensibilizaciones a los servidores públicos de la entidad incentivando la cultura de servicio y un trato humanizado	47	Realizar dos (02) reuniones de sensibilizaciones anuales en cultura de servicio y trato humanizado a los servidores públicos de la entidad	Número de reuniones de sensibilización realizadas / Número de sensibilizaciones planeados	5	2	2	N.A.	100	100	SI	Se han realizado capacitaciones durante el segundo semestre del año a todo el personal con el apoyo de la Enfermera de la Oficina de Calidad	Seguimiento al Plan de Capacitación Institucional 2019, listas de asistencia, Programa de inducción y Evidencias de actividades realizadas en la Semana HMB	GESTION DEL TALENTO HUMANO
3.FORMACION Y CRECIMIENTO	Fortalecer el Sentido de Pertenencia Institucional del Talento Humano de la Institución.	48	Realizar dos (02) talleres anuales incentivando el sentidos de pertenencia institucional del Talento Humano de la entidad.	Número de talleres realizados/Número de talleres planeados	5	2	2	N.A.	100	100	SI	Se realizó la actividad en la Semana HRMB a en el mes de noviembre de 2019	Evidencias de actividades realizadas en la Semana HMB - Expediente oficina de Calidad y Talento Humano	GESTION DEL TALENTO HUMANO
4.FORMACION Y CRECIMIENTO	Capacitar a los líderes de los procesos sobre el Cumplimiento de la normatividad vigente para los Procesos de Contratación de Personal, que permitan evitar la tercerización laboral e intermediación laboral en la entidad.	49	Realizar una capacitación anual a los líderes de procesos sobre el Cumplimiento de la normatividad vigente para los Procesos de Contratación de Personal, que permitan evitar la tercerización laboral e intermediación laboral en la entidad.	Número de Capacitaciones Realizadas / Número de Capacitaciones Programadas	3	1	1	N.A.	100%	100	SI	Se realizó la capacitación al personal de Planta de la E.S.E., referente a contratación de Personal, Tercerización Laboral vs. Intermediación Laboral. 2 de diciembre de 2019.	Registro de Asistencia de fecha 2 de diciembre de 2019; Ficha Técnica Capacitación, reposan en los archivos de la Oficina de Talento Humano.	GERENCIA - GESTION DEL TALENTO HUMANO- GESTION JURIDICA
5.FORMACION Y CRECIMIENTO	Medir el clima organizacional y de acuerdo a los resultados establecer las acciones de mejora	50	Realizar anualmente medición del Clima Organizacional de la entidad, y establecer acciones de mejoramiento de acuerdo a los resultados obtenidos y/o fortalecer las acciones positivas.	Mediciones realizadas / Mediciones programadas	4	1	1	N.A.	100	100	SI	Actividad realizada el 01 de noviembre de 2019 a todo el personal de planta de la E.S.E. Se realizó socialización de los resultados el 2 de diciembre de 2019	Convocatoria, Listado de asistencia e informe sobre resultados de la medición del clima laboral	GESTION DEL TALENTO HUMANO

(ORIGINAL FIRMADO)

ARIEL ALFONSO JIMENES ESCOBAR
Gerente

(ORIGINAL FIRMADO)

MARIBEL ARGUELLO CALA
Asesora Control Interno