



LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS												TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES											
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ABR	MAY	JUN				JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC					
PROCESOS ESTRATÉGICOS	MERCADERO Y COMUNICACIONES PE02	Mantener las relaciones interinstitucionales con los entes externos	externos en un 100%	Programar reuniones informativas con las diferentes empresas y aseguradoras a fin de dar a conocer portafolio de servicios y socializar entre las partes inconvenientes o dudas que se tengan frente a la prestación del servicio		de reuniones programadas						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%					
			Fortalecer las comunicaciones y relaciones con los entes externos en un 100%	Comunicación a la comunidad en general a través de radio, televisión y prensa	Oportunidad en la comunicación que se brinda a los medios de comunicación	Número de Reuniones programadas/ Número total de Reuniones realizadas * 100								100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
					Realización de Reuniones trimestrales "HABLEMOS CON EL GERENTE" con participación más personalizada de los funcionarios	% cumplimiento en la realización de las reuniones	Número de reuniones realizadas / Total de reuniones programadas							100%		25.0%		25.0%		25.0%		25.0%													50%	50%	Se realizo reunión hablemos con el gerente para informar al personal la situación economica y las estrategias de contención. En septiembre se realizo semana de la cultural por cumpleaños institucional donde se dieron diferentes	
					Actualización de la página web	% de cumplimiento en la actualización de la página web	Número de actividades realizadas / Total de actividades programadas									100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
					Fomentar la cultura del manejo de la intranet para mejorar las comunicaciones al interior de la institución.	% de cumplimiento en el manejo de la intranet	Número de actividades realizadas / Total de actividades programadas									100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	Se realizo inducción al personal nuevo sobre el manejo de la intranet
					Actualización de carteleras	% de cumplimiento en la actualización de carteleras	Número de carteleras actualizadas / Total de carteleras									100%	20%		20%		20%		20%		20%												100%	0%
	Realización de reuniones informativas con los jefes de cada una de las áreas				% de cumplimiento en la realización de las reuniones informativas	Número de actividades programadas/ numero de actividades ejecutadas * 100									100%		33.3%		33.3%				33.3%													67%	33%	
	CONTRATACIÓN PE03	Seguimiento a los Procesos de Contratación con las diferentes aseguradoras	Cumplir con el proceso de contratación con las empresas, aseguradoras y otras entidades en un 100%	Seguimiento a los convenios con las diferentes empresas y aseguradoras	% de seguimiento a los convenios	Número de reuniones de seguimineto realizadas / Total de reuniones de seguimineto programadas							100%																					25%	75%			
				Envío oportuno de propuestas, renegociación y seguimiento a cada una de estas	Oportunidad en el envío de la información	Número de propuestas enviadas oportunamente / Total de propuestas									100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	89%	11%	Se debe actualizar el proceso de contratación incluyendo las etapas pre y pos contractuales.	
				Evaluar y analizar los contratos con las diferentes empresas y aseguradoras para definir pautas para próximas contrataciones	% de cumplimiento en la evaluación y análisis de los contratos	Número de contratos revisados /Total de contratos									100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	89%	11%	Se debe actualizar el proceso de contratación incluyendo las etapas pre y pos contractuales. En mayo se dio inicio a la revisión del manual	
				Presentar los documentos necesarios solicitados en cada contratación	Oportunidad en la presentación de documentos	Número de contratos con documentación oportuna / Total de									100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		



LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS								CUMPLIMIENTO								TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES																	
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT				NOV	DIC															
URGENCIAS PM01				Adoptar las guías del ministerio de las patologías principales del servicio de urgencias teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de	% de cumplimiento en la adopción de guías	Número de guías adoptadas e implementadas / Total de guías a adoptar			X			100%																			0%	100%																
				Programar 4 capacitaciones al personal que realiza triage en temas inherentes a su labor, buscando mejorar dicho proceso	% de cumplimiento en personal capacitado	total de personas que recibieron capacitación/ numero total del personas programadas *100					X	100%			33.3%						33.3%												33%	67%	Se dio inicio a la implementación de la resolución 5596 de 2015													
				Actualizar el instructivo de triage según la resolución 5596 de 2015	% de cumplimiento	Número de actividades realizadas / total de actividades programadas			X			100%																						100%	0%													
				Realizar un evento académico anual	Cumplimiento	Si o No				X		100%																							25%	75%												
				Revisar y actualizar los indicadores del área correspondientes a los atributos de calidad	% de cumplimiento	Número de actividades realizadas sobre total de actividades programadas		X				100%																								50.0%	50.0%											
				Registrar y realizar seguimiento al indicador de oportunidad de atención en el servicio de urgencias de triage II	Oportunidad en la atención	Indicador dentro de la meta		X				100%			11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####												0%	100%	El indicador quedo por encima de 30 minutos								
				Registrar la oportunidad en la iniciación del protocolo del paciente que ingresa con diagnostico de infarto agudo del miocardio por el servicio de urgencias	Oportunidad en la atención	Indicador dentro de la meta		X				100%			11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%								
				Realizar y cumplir con el cronograma de capacitaciones para el personal del servicio de urgencias	% de cumplimiento	Número de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas			X			100%			33.3%							33.3%																	33.3%	100%								
				Realizar seguimiento al indicador de reingreso en el servicio de urgencias	% de cumplimiento	Indicador dentro de la meta		X				100%			11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####																100%	0%				
				Controlar el costo de la prestación de los servicios	% de cumplimiento	Informe de costos		X				100%			11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####																		100%	0%		
				Llevar mensualmente los indicadores propios del servicio de urgencias	% de cumplimiento en el mantenimiento y seguimiento a indicadores	Cumplimiento y seguimiento de todos los indicadores del área de urgencias		X				100%			11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####																				100%	0%

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS												TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES						
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ABR	MAY	JUN				JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
				Mantener la consulta de especialidades básicas a 15 días HABLES de asignación de citas en un 100%	Cumplimiento	Indicador dentro de la meta	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	
				Mantener la oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna ≤15	Cumplimiento	Indicador dentro de la meta	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Mantener la oportunidad de la asignación de citas en la consulta de obstetricia ≤5	Cumplimiento	Indicador dentro de la meta	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
				Mantener la oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatria ≤5	Cumplimiento	Indicador dentro de la meta	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	89%	11%		
				Actualización de protocolos y guías médicas del área de consulta externa	% de cumplimiento de actualización de documentación	Total de guías a realizar en el servicio/ total de guías realizadas * 100%		X				30%									15%										0%	30%	
				Realizar revision de estandares de habilitacion con modelo de autoevaluacion teniendo en cuenta la resolucion 2003 de 2014	% de cumplimiento en el cumplimiento del programa con escolares	Numero total de estandares cumplidos de habilitación / total de estandares aplicables al servicio de consulta externa * 100				X		100%									100%										100%	0%	
				Realizar analisis y gestion de las acciones inseguras y eventos adversos y realizar los respectivos planes de	% de incidentes y eventos reportados	Informes de reportes y planes de mejora implementados				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Realizar apoyo al area de mercadeo y comunicación para ofertar los servicios de	% de cumplimiento	total de actividades realizadas/total de actividades					X	100%			33.3%						33.3%										0%	100%	No se a dado inicio a la implementación de estrategias para fortalecer la prestación
				Controlar el costo de la prestación de los servicios	% de cumplimiento	Informe de costos	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Realizar seguimiento a los indicadores propios del servicio	% de cumplimiento en el seguimiento de indicadores de obligatorio cumplimiento	Cumplimiento y seguimiento a todos los indicadores			X			100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
				<b>Area de Salud Visual</b>																													
				Implementar las guias adoptamas y hacer seguimiento de las mismas	% de cumplimiento	Número de actividades realizadas / total de actividades programadas		X				100%			50.0%						50.0%										50%	50%	Se pospone la actividad de adopción de las guías que han salido.
				Controlar el costo de la prestación de los servicios	% de cumplimiento	Informe de costos	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
				Realizar revision de estandares de habilitacion con modelo de autoevaluacion teniendo en cuenta la resolucion 2003 de 2014	% de cumplimiento en el cumplimiento del programa con escolares	Numero total de estandares cumplidos de habilitación / total de estandares aplicables al servicio de consulta externa * 100				X		100%									100%										100%	0%	
				Revisar y actualizar los indicadores del area correspondientes a los atributos de calidad	% de cumplimiento	Número de actividades realizadas sobre total de actividades programadas	X					100%									25.0%										11%	89%	

AMBULATORIO PM02

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS												CUMPLIMIENTO												TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC									
				Realizar gestiones ante la subdirección administrativa y financiera para la compra de equipos e instrumentos requeridos para dotación de tercer	% de cumplimiento en dotación de consultorio adicional	Dotacion completo del consultorio				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	El proyecto fue aprobado por el municipio	
				Realizar apoyo al area de mercadeo y comunicación para ofertar los servicios de	% de cumplimiento	total de actividades realizadas/total de actividades					X	100%			33.3%					33.3%			####	N/A	N/A	0%	N/A	NA	0%	0%	N/A	0	0%	100%	No se a dado inicio a la implementación de estrategias para fortalecer la prestación				
				Realizar seguimiento a los indicadores propios del servicio de salud visual	% de cumplimiento	Cumplimiento y seguimiento a todos los indicadores	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%				
				Realizar analisis y gestion de las acciones inseguras y eventos adversos y realizar los respectivos planes de	% de incidentes y eventos reportados	Informes de reportes y planes de mejora implementados				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%				
<b>Area de Salud Oral</b>																																							
				Realizar revision de estandares de habilitacion con modelo de autoevaluacion teniendo en cuenta la resolucion 2003 de 2014	% de cumplimiento en el cumplimiento del programa con escolares	Numero total de estandares cumplidos de habilitación / total de estandares aplicables al servicio de consulta externa * 100				X		100%													N/A	N/A	N/A	N/A	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%		
				Realizar analisis y gestion de las acciones inseguras y eventos adversos y realizar los respectivos planes de	% de incidentes y eventos reportados	Informes de reportes y planes de mejora implementados				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%				
				Controlar el costo de la prestación de los servicios	% de cumplimiento	Informe de costos	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%				
				Revisar y actualizar los indicadores del area correspondientes a los atributos de calidad	% de cumplimiento	Número de actividades realizadas sobre total de actividades programadas	X					100%				#####									N/A	N/A	N/A	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%			
				Realizar apoyo al area de mercadeo y comunicación para ofertar los servicios de	% de cumplimiento	total de actividades realizadas/total de actividades					X	100%			33.3%					33.3%			####	N/A	N/A	0%	N/A	NA	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0%	100%	No se a dado inicio a la implementación de estrategias para fortalecer la prestación		
				Realizar revision de estandares de habilitacion con modelo de autoevaluacion teniendo en cuenta la resolucion 2003 de 2014	% de cumplimiento en el cumplimiento del programa con escolares	Numero total de estandares cumplidos de habilitación / total de estandares aplicables al servicio de consulta externa * 100				X		100%													N/A	N/A	N/A	N/A	NA	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%			
				Realizar analisis y gestion de las acciones inseguras y eventos adversos y realizar los respectivos planes de	% de incidentes y eventos reportados	Informes de reportes y planes de mejora implementados				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%				
				Adoptar las guias del ministerio que aplican a los servicios de las especialidades básicas teniendo en cuenta el perfil epidemiologico de la institución	% de cumplimiento en la actualización de guias	Total de guias a realizar en cada uno de los servicios / total de guias realizadas * 100%			X			100%				50.0%								####	N/A	N/A	N/A	0%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0%	100%			
				Mantener el indicador de infecciones intrahospitalarias menor o igual al 2%	Tasa de infección intrahospitalaria	Indicador dentro de la meta	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%					
				Impactar el Promedio día estancia a < o igual a 4.5 días	% de cumplimiento en la auditoria concurrente	Indicador dentro de la meta	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%					



LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS												TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES										
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	CUMPLIMIENTO															
																						ABR	MAY	JUN				JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ABR	MAY	JUN	JUL
PROCESOS MISIONALES				Mantener y Realizar seguimiento al Indicador de infecciones quirúrgicas por especialidad en menor o igual al 2%	Tasa de infecciones quirúrgicas	Indicador dentro de la meta	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%				
				Realizar seguimiento al indicador del Promedio de tiempo para la realización de cirugía general programada por consulta externa	Oportunidad	Indicador dentro de la meta	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	
				Controlar el costo de la prestación de los servicios	% de cumplimiento	Informe de costos	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	
				Garantizar la oportunidad en la realización de apendicetomía en un tiempo menor o igual a 6 horas	Oportunidad en la realización de procedimiento	Indicador dentro de la meta	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	89%	11%	No se llevo a la meta del indicador
	<b>Area de rayos x e Imagenología</b>																																				
	Realizar revision de estandares de habilitacion con modelo de autoevaluacion teniendo en cuenta la resolucion 2003 de 2014	% de cumplimiento en el cumplimiento del programa con escolares	Número total de estandares cumplidos de habilitación / total de estandares aplicables al servicio de consulta externa * 100						X				100%																						0%	100%	
	Realizar analisis y gestion de las acciones inseguras y eventos adversos y realizar los respectivos planes de	% de incidentes y eventos reportados	Informes de reportes y planes de mejora implementados						X				100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
	Cumplir con el cronograma de capacitaciones al personal del servicio de rayos x e imagenología	% de cumplimiento	Número de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas					X					100%			14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	0%	100%	
	Controlar el costo de la prestación de los servicios	% de cumplimiento	Informe de costos	X									100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
	Actualizar la documentación del area	% de cumplimiento de las actividades	Número de actividades realizadas / total de actividades programadas					X					50%																						0%	50%	
	Realizar revision de todos los formatos en donde se registre información para los indicadores (excel)	% de cumplimiento de las actividades	Número de actividades realizadas / total de actividades programadas						X				100%																						0%	100%	
	Cumplimiento y mantenimiento de los indicadores propios del servicio de rayos x e imagenología y los de ley en un 100%	% de cumplimiento en el mantenimiento y seguimiento a indicadores	Cumplimiento y seguimiento de todos los indicadores de rayos x e imagenología	X									100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
	<b>Area de Patología</b>																																				
	Controlar el costo de la prestación de los servicios	% de cumplimiento	Informe de costos	X									100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
	Cumplimiento y mantenimiento de los indicadores propios del área de patología y según los de ley en un 100%	% de cumplimiento en el mantenimiento y seguimiento a indicadores	Indicador dentro de la meta	X									100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
	Realizar analisis y gestion de las acciones inseguras y eventos adversos y realizar los respectivos planes de	% de incidentes y eventos reportados	Informes de reportes y planes de mejora implementados						X				100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		



LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS												TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES								
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ABR	MAY	JUN				JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		
				Realizar analisis y gestion de las acciones inseguras y eventos adversos y realizar los respectivos planes de	% de incidentes y eventos reportados	informes de reportes y planes de mejora implementados				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales, con las diferentes empresas y Municipios del Oriente Antioqueño	% de cumplimiento	Total de actividades realizadas en el año anterior/ total de actividades realizadas en el año * 100	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Realizar diagnostico del sistema de calidad , realizar revisión de guias e indicadores	% de cumplimiento	Total de actividades realizadas en el año anterior/ total de actividades realizadas en el año * 100			X			100%									#####			N/A	N/A	N/A	N/A	NA	100%	N/A	N/A	N/A	100%	0%	
				Mantener el posicionamiento del Banco de Sangre de la región a través del fortalecimiento de las relaciones potenciales con las empresas de la región	% de cumplimiento	Total de actividades realizadas en el año anterior/ total de actividades realizadas en el año * 101	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Fortalecer el compromiso institucional en forma bidireccional entre el recurso humano y la administración	% de cumplimiento	Total de actividades realizadas en el año anterior/ total de actividades realizadas en el año * 100	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Mantener y mejorar la satisfacción del cliente interno y externo	% de cumplimiento	Total de actividades realizadas en el año anterior/ total de actividades realizadas en el año * 100	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
				Tener actualizado el portafolio de servicios y las tarifas competitivas del mercado hacer seguimiento a glosas y plan de mejoras a éstas	% de cumplimiento	Total de actividades realizadas en el año anterior/ total de actividades realizadas en el año * 100	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
				Cumplir con las capacitaciones programadas y brindar apoyo a las áreas que lo necesiten	% de cumplimiento	Total de actividades realizadas en el año anterior/ total de actividades realizadas en el año * 100	X					100%		33.3%			33.3%				33.3%			N/A	33.3%	N/A	N/A	33%	N/A	N/A	33%	N/A	99%	1%	
				Tomar datos estadísticos e información del área del Banco de Sangre y plantear proyectos de investigación	% de cumplimiento	Realizar 2 proyectos de investigación en el 2014	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
				Controlar el costo de la prestación de los servicios	% de cumplimiento	Informe de costos	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
				Realizar seguimiento constante a los contratos que existen en el área	% de cumplimiento	Evaluar el 100% de los contratos del área	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%				
<b>Area de Fisioterapia</b>																																			

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS												TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES											
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ABR	MAY	JUN				JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC					
				Realizar analisis y gestion de las acciones inseguras y eventos adversos y realizar los respectivos planes de	% de incidentes y eventos reportados	informes de reportes y planes de mejora implementados				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Realizar revision de estandares de habitacion con modelo de autoevaluacion teniendo en cuenta la resolucion 2003 de 2014	% de cumplimiento en el cumplimiento del programa con escolares	Numero total de estandares cumplidos de habitación / total de estandares aplicables al servicio de consulta externa * 100			X			100%																							0%	100%		
				Cumplir y mantener los indicadores propios del área de fisioterapia y los de ley en un 100%	% de cumplimiento en el mantenimiento y seguimiento a indicadores	Cumplimiento y seguimiento de todos los indicadores del área de fisioterapia	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Cumplir con las capacitaciones programadas	% de cumplimiento	Total de capacitaciones realizadas/total de capacitaciones programadas				X		100%		33.3%																					67%	33%		
				Controlar el costo de la prestación de los servicios	% de cumplimiento	Informe de costos	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Realizar revision de estandares de habitacion con modelo de autoevaluacion teniendo en cuenta la resolucion 2003 de 2014	% de cumplimiento en el cumplimiento del programa con escolares	Numero total de estandares cumplidos de habitación / total de estandares aplicables al servicio de consulta externa *			X			100%																							0%	100%		
				Realizar seguimiento al contrato de fraccionamiento y reempaque de medicamentos solidos no esteriles y dosis unitaria	% de seguimiento al convenio	Numero de actividades programadas/ numero de actividades realizadas * 100			X			100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Realizar seguimiento inventario y mantener actualizado los elementos del kit de violencia sexual	% de seguimiento			X				100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Gestionar ante la gerencia el mejoramiento del proceso frente a la entrega de medicamentos por parte del hospital a usuarios de SAVIA SALUD	% de cumplimiento	Numero de actividades programadas/ numero de actividades realizadas * 100			X			100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
				Revisar y actualizar la documentación del servicio	% de cumplimiento en la elaboración del procedimiento y describir el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos.	Número de actividades realizadas / total de actividades programadas			X			100%																								50.0%	100%	0%
				Implementar el procedimiento de seguimiento farmacoterapéutico y atención farmacéutica al 100% de pacientes que cumplan con 3 o más de los parámetros establecidos	% de cumplimiento en la implementación del procedimiento	Número de pacientes a los que se les hizo la farmacovigilancia activa/número de pacientes reportados que cumplen *100%				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS												TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES									
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	CUMPLIMIENTO														
																						ABR	MAY	JUN				JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			
				Continuar con el desarrollo del programa de tecnovigilancia	% de cumplimiento en la ejecución del programa	Numero de actividades programadas/ numero de actividades realizadas	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%				
				Cumplir con el cronograma de reuniones del comité de farmacia y terapéutica.	% cumplimiento	N° de reuniones realizadas/número de reuniones programadas * 100	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%					
				Cumplir con las capacitaciones programadas para el servicio y apoyar las áreas que lo requieran	% de cumplimiento en las capacitaciones programadas	Numero de auxiliares (farmacia y enfermería) capacitados/ número total de auxiliares (farmacia y enfermería) x 100	X					100%		33.3%																		100%	0%			
			Fortalecimiento del servicio farmacéutico dando cumplimiento a las actividades prioritarias exigidas por la normatividad vigente en un 100%	Realizar revisión y ejecución del procedimiento de inventarios hasta lograr inventarios en cero.	Numero conteos aleatorios	Numero conteos aleatorios realizados/numero de conteos aleatorios programados x 100	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%					
				Realizar Plan de seguimiento a la administración correcta de medicamentos.	% de cumplimiento en el plan de seguimiento a la administración de medicamentos	Numero de errores en administración de medicamentos detectados por servicio/número total de medicamentos administrados por servicio x 100	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	89%	11%	No se ha dado inicio al trabajo propuesto con la UCO			
				Implementar el protocolo de restricción de uso de antibióticos y analizar los casos de interacciones medicamentosas.	% de cumplimiento en la implementación del protocolo	Numero de antibióticos de uso restringido prescritos /número total de antibióticos prescritos x 100	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%						
			Mejoramiento del servicio farmacéutico y la central de esterilización dando cumplimiento a la normativa legal vigente			Numero de interacciones detectadas por servicio/ número total de interacciones detectadas x 100	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%						
				Cumplir con los indicadores de eventos adversos	% de eventos adversos a medicamentos	Indicador dentro de la meta	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%						
					% de intervención eventos adversos con dispositivos médicos	Indicador dentro de la meta	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%							
				Realizar el procedimiento de dispensación por medio del código de barras.	% de cumplimiento en la realización del procedimiento	Numero de actividades realizadas/ numero de actividades programadas x 100	X					100%																			0%	100%				
				Revisión, actualización y adopción por acto administrativo de guías y protocolos del servicio farmacéutico	% de cumplimiento en la revisión y actualización	Numero de actividades realizadas/ numero de actividades programadas x 100	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%						

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS												TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES							
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ABR	MAY	JUN				JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
				Realizar socialización de todas las guías y procedimientos del servicio farmacéutico en un 100%	% de cumplimiento en la socialización de documentación del servicio	Total de documentación en el servicio/ total de documentos socializados* 100%	X								50.0%					50%	N/A	N/A	N/A	N/A	NA	50%	NA	NA	50%	100%	0%			
				Verificar la adherencia a los procesos del personal del servicio farmacéutico en los cuatro años hasta llegar a un 100%	% cumplimiento en la verificación de adherencias	Total de adherencia a protocolos y guías/ total de adherencias aplicadas * 100%	X								50.0%					50%	N/A	N/A	N/A	N/A	NA	0%	NA	NA	NA	0%	100%			
				Realizar control de medicamentos LASA con el fin de mejorar la seguridad en su administración	% riesgo	Numero de medicamentos identificados como LASA/Total de medicamentos utilizados en la institución	X								11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
				Continuar con el cumplimiento de los requisitos de acuerdo a la normativa para el proceso de producción de aire medicinal por compresor	% de cumplimiento del proceso de aire medicinal	Ejecución del proceso	X								11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%				
Central de Esterilización																																		
			Fortalecer el proceso de esterilización dentro de la institución	Realizar revisión de estándares de habilitación con modelo de autoevaluación teniendo en cuenta la resolución 2003 de 2014 y Resolución 2183 de	Cumplimiento	Si o No			X													N/A	N/A	N/A	N/A	0%	N/A	100%	N/A	N/A	100%	0%		
				Realizar analisis y gestion de las acciones inseguras y eventos adversos y realizar los respectivos planes de	% de incidentes y eventos reportados	Informes de reportes y planes de mejora implementados				X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
				Desarrollar la segunda etapa del proyecto de trazabilidad con área de sistemas	% de cumplimiento	Numero de actividades programadas/ numero de actividades realizadas * 100		X							100%							####	N/A	N/A	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%		
				Implentar la metodología para hacer trazabilidad a los dispositivos reusados	% de cumplimiento	total de actividades realizadas/total de actividades programadas * 100			X						100%							####	N/A	N/A	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%		
				Verificar el nivel de satisfacción de los clinetes internos y externos mediante una encuesta	% de cumplimiento	total de actividades realizadas/total de actividades programadas * 100					X				100%							####	N/A	N/A	0%	N/A	NA	0%	NA	NA	0%	100%		
				Realizar capacitaciones periodicamente al personal de esterilización	% de cumplimiento	Total de capacitaciones realizadas/total de capacitaciones programadas					X				100%							####	N/A	33.3%	N/A	N/A	0%	NA	NA	0%	N/A	33%	67%	
				Realizar socialización y medicion de adherencia de los protocolos de central de esterilización	% de cumplimiento	Total de procedimientos evaluados, socializados y con medicion de adherencia/ total de documentos levantados			X						100%							####	N/A	N/A	N/A	50%	NA	NA	NA	NA	0%	50%	50%	
				Realizar procesos de inducción al personal que ingresa de manera	% de Inducción personal nuevo	Número de personas con inducción / total	X								100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			





LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS												TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES										
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ABR	MAY	JUN				JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC				
				Realizar cultura informatica a través de la intranet por medio de un link del área de sistemas		Numero de personas que asistieron a capacitación/total de personas que en la evaluación obtuvieron un puntaje de >=90%					X (tres meses)	100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
				Actualizar la página web de la institución cada vez que sea necesario		Numero de actualizaciones realizadas / numero de actualizaciones *100					X	100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
			Apoyar procesos de áreas asistenciales en esterilización y otras áreas	Desarrollo del proyecto de trazabilidad en el proceso de esterilización (para este año se desarrollaran la primera etapa del proyecto así: 1. parametrización de las tablas tipo.	% de cumplimiento	Numero de actividades programadas/ numero de actividades realizadas * 100				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	22%	78%		
			Desarrollar e implementar un plan de Austeridad en la institución en un 100%	Organizar y controlar la entrega de suministros, papelería y útiles de oficina a las diferentes dependencias del hospital en un 100%	% de cumplimiento en el suministro de materiales	Numero de actividades realizadas/ numero de actividades programadas x 100				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	
				Implementar procesos de control al consumo de energía, agua y telefonía fija y móvil en un 100%	% de cumplimiento en el control de servicios públicos	Numero de actividades realizadas/ numero de actividades programadas x 100				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	
				Controlar que los cuadros de turnos del personal de planta cumplan con la política gerencial de reducción de festivos, recargos nocturnos y horas extras en un 100% según convenio de reestructuración CI003	% de control de cuadros de turno	Numero de actividades realizadas/ numero de actividades programadas x 100				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	
				Controlar el rendimiento y la productividad de la mano de obra contratada en un 100%	% de cumplimiento en el control de la mano de obra contratada	Numero de actividades realizadas/ numero de actividades programadas x 100				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Realizar e implementar Plan de mantenimiento preventivo y correctivo a Equipos y planta física en un 100%	% de cumplimiento en el plan de mantenimiento de equipos y planta física	Cumplimiento				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Realizar y controlar Ejecución de compras en un 100%	% de cumplimiento en el plan de compras	Valor de compras / Valor presupuestado				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
				Realizar un control estricto de los costos en un 100%	Seguimiento a los costos	Consumo del centro de costos/consumo total				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
				Estudiar la posibilidad de nuevas tecnologías para el ahorro de energía por medio de sensores para apagado automático de lámparas	% de cumplimiento en el estudio de nuevas tecnologías	Numero de sensores instalados/ numero de áreas que la requieren *100				X		100%																							100%	0%	
				Analizar propuestas de nuevos planes corporativos para telefonía por paquetes con el fin de disminuir costos	% de cumplimiento en el análisis de propuestas	Proyecto ejecutado				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS												TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES																	
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ABR	MAY	JUN				JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC											
FINANCIERO PA03		Sostener y mantener la rentabilidad Social y Económica de la Institución	Implementar programa de ahorro y uso eficiente de papelería e insumos a través del correo institucional	% de cumplimiento en la implementación de programas	Implementación y envío de comunicaciones a través del correo institucional	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%								
							Sostenibilidad de la rentabilidad económica y financiera en un 100%	Realizar seguimiento de los indicadores financieros y los de ley en un 100%	Razón corriente	Indicador dentro de la meta	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
									Solidez	Indicador dentro de la meta	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	
									Capital de trabajo	Indicador dentro de la meta	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	
									Índice de endeudamiento	Indicador dentro de la meta	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	
									Endeudamiento a corto plazo	Indicador dentro de la meta	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	
									Patrimonio a pasivos	Indicador dentro de la meta	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	
									Rotación de inventarios en días	Indicador dentro de la meta	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
									Rotación de cuentas por pagar	Indicador dentro de la meta	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
									Margen operacional	Indicador dentro de la meta	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	
									Índice de crecimiento en ventas	Indicador dentro de la meta	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	
							Oportunidad en el reporte de la información del 2193	Indicador dentro de la meta		X					100%				50.0%							####	N/A	N/A	N/A	50%	NA	NA	NA	NA	50%					100%	0%			
							Reducir las edades de la cartera mayor a 360 días	Continuar con la implementación de las conciliaciones integrales de auditoría médica y cartera en un 100%	Implementar técnicas de negociación que nos permitan obtener certificaciones de deuda y acuerdos de pago.	Clasificar la cartera de modo que permita la priorización de la gestión de acuerdo al tipo y edad del deudor.	% Conciliación	# Conciliaciones/ Total Entidades Contratadas	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
													X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
													X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		



LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS												TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES										
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ABR	MAY	JUN				JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC				
DE APOYO	Mejoramiento de los Procesos de Facturación	Fortalecer los procesos de facturación en la institución en un 100%	Realizar auditorías quincenales a los puestos de facturación.	% de Cumplimiento en la realización de auditorías	Numero de auditorías internas realizadas/numero de auditorías programadas * 100	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%					
			Realizar reuniones con el Personal de Facturación, Revisoría de Cuentas y Envíos.	% de Gestión	Numero de reuniones realizadas/numero de reuniones programadas * 100	X								100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
			Rotar el personal de facturación por las diferentes áreas de trabajo.	% de capacitación	Numero de rotaciones realizadas/numero de rotaciones programadas * 100	X								100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
			Realizar seguimiento a las empresas contratista.	% de cumplimiento en el seguimiento	Total facturado por contratos/Total esperado del contrato *100	X								100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
			Revisar y actualizar el manual de procesos y procedimientos del área de facturación.	% Cumplimiento en la documentación de procesos	Total de instructivos realizados /Total de instructivos que faltan * 100	X					X			100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
			Realizar gestion ante la agremiación para que se realice evaluacion de desempeño a los funcionarios del área de facturación y seguimiento a planes de mejoramiento	Resultado	Numero de actividades realizadas/total actividades programadas*100							X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
			Realizar el envío oportuno de la facturación	Oportunidad en el envío	Valor total de facturas enviadas / total facturado									100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
	Garantizar el cumplimiento en un 100% de la normativa de carácter ambiental y sanitaria que se aplique a nuestros servicios.		Revisar y evaluar de forma mensual la legislación ambiental y sanitaria aplicables a la institución	% cumplimiento	Nº total de legislaciones, normas, decretos, leyes ambientales aplicadas en la institución / total de normas aplicables existentes * 100	X							100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%					
			Actualización del normograma	Cumplimiento	Si o No			X						100%																			0%	100%			
			Aplicación del registro de generadores de residuos especiales y de PCB	Cumplimiento	Si o No			X						100%																				100%	0%		
			Atender en un 100% los requerimientos establecidos por los entes competentes.	% Cumplimiento	Numeró de requerimientos cumplidos / Total de requerimientos solicitados x 100				X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	En abril se diligencio y envio la encuesta de ACHC			
			Presentación de informes a las autoridades ambientales y sanitarias competentes	% Cumplimiento	Nº de informes y reportes realizados/Nº de reportes requeridos por las autoridades y la legislación *100						X			100%																					100%	0%	
			Cumplir con las actividades planteadas dentro de los objetivos de eficiencia ambiental suscrito con CORNARE	% Cumplimiento	Numero de objetivos propuestos alcanzados / numero total de objetivos propuestos *100				X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	En abril no habian actividades pendientes.		
		Actualizar la documentación de área en un 60%									100%																					100%	0%				

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS								CUMPLIMIENTO								TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES					
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT				NOV	DIC			
PROCESOS	ADMINISTRACIÓN AMBIENTAL PAOS	Mantener el Sistema de Gestion Ambiental en la Institución		Realizar las reuniones del comité de gestión ambiental en concordancia con el cronograma establecido	%Cumplimiento	Nº de reuniones programadas/Nº de reuniones realizadas *100					X	100%		25.0%		25.0%		25.0%		25.0%		N/A	25%	N/A	25%	NA	0.0%	25%	25%	NA	100%	0%				
			Disminuir y optimizar el consumo de recursos naturales en la prestación de servicios de la institución en 0.025% con respecto al año anterior.	Realizar y analizar los indicadores de gestión ambiental, de residuos hospitalarios y del programa de ahorro y uso eficiente de agua y energía	Cumplimiento	Indicadores con gestión positiva								100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	
				consumo per cápita de la institución		Consumo en m3 en el semestre / nº de atenciones			X					100%			50.0%							####	N/A	N/A	50%	N/A	NA	NA	NA	NA	50%	100%	0%	
				Hacer seguimiento al cronograma de jardinería para el aprovechamiento de aguas lluvias	% de cumplimiento	Numero de actividades cumplidas / Total de actividades programadas x 100			X				X	100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	
				Actualización del plan de ahorro y uso eficiente de agua y energía	Cumplimiento	Si o No							X	100%					#####						N/A	N/A	N/A	N/A	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	100%	0%	
				Mantenimiento del programa de ahorro y uso eficiente de agua y energía	%Cumplimiento	Número de actividades cumplidas / Total de actividades programadas			X					100%			50.0%								####	N/A	N/A	50%	N/A	NA	NA	NA	NA	50%	100%	0%
			Dar cumplimiento en un 100% al cronograma de formación y educación ambiental liderado por el área.	Cumplir con el cronograma de capacitaciones establecidos por el área ambiental.	Resultados	Número de capacitaciones realizadas/ número de capacitaciones Programadas * 100						X	100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	No se cumplio la actividad de capacitación ya que no se realizaron las reuniones administrativas
				Realizar evaluaciones de las capacitaciones con el fin de determinar el grado de aprendizaje	Conocimiento	Número de personas que aprobaron la evaluación / Total de personas capacitadas x100			X				100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Socializar las fechas del calendario ambiental con todo el personal de la institución	Proporción de cumplimiento	Número de fechas socializadas / total de fechas ambientales x 100						X	100%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	100%	0%		
			Mantener un cumplimiento superior al 95% de las actividades planteadas en los programas liderados por el área	Realizar auditorías internas cada seis meses en todos los servicios de la institución y cada tres meses en puntos críticos con el fin de verificar el cumplimiento de los procesos	% Cumplimiento	Nº de auditorías realizadas/ números de auditorías programadas *100						X	100%		33.3%			33.3%			33.3%			N/A	33.3%	N/A	N/A	#####	N/A	N/A	33.3%	N/A	100%	0%		
				Socializar y evaluar el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares	% cumplimiento	Numero de personas que recibieron la socializacion / total de personas programadas *100			X				100%				#####								N/A	N/A	N/A	N/A	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	100%	0%	
				Hacer seguimiento el cronograma de podas y demás actividades de mantenimiento de las zonas verdes de la institución	% Cumplimiento	Numero de actividades realizadas/total actividades programadas*100							100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%	
				Mantener actualizada la información del hospital y generar informes periódicos a la gerencia, subdirección administrativa y financiera y a las autoridades	Nº de informes generados	Nº de informes generados	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS								CUMPLIMIENTO								TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES						
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT				NOV	DIC				
				Realizar auditorias externas a las entidades encargadas de la recolección, transporte y disposición final de los residuos generados en la institución con el fin de evaluar la prestación del servicio y el cumplimiento de la legislación por parte de	% Cumplimiento	N° de auditorias realizadas/ números de auditorias programadas *100						X	100%	20.0%		20.0%				20.0%	20.0%	20.0%			20%	N/A	20%	N/A	NA	20%	20%	20%	N/A	100%	0%		
			Identificar en un 100%, los impactos y riesgos ambientales que se puedan generar con las actividades del hospital	Socialización y realizar evaluación de la matriz de impactos ambientales a los funcionarios de la institución	% Cumplimiento	N° de riesgos mitigados y/o controlados / N° total de riesgos identificados en matriz por 100			X				100%		#####										N/A	100%	N/A	N/A	NA	NA	NA	NA	100%	0%			
				Establecer e implementar acciones de prevención y mitigación de los impactos ambientales	Riesgo			X					100%			50.0%				####	N/A	N/A	50%	N/A	NA	NA	NA	NA	NA	NA	50%	100%	0%				
				Cumplimiento del cronograma y coordinación del proceso de análisis de agua potable y agua residual en los diferentes puntos de la institución adecuados a la norma	Resultados	N° de muestreos realizados /N° de muestreos programados por 100			X			X	100%		25.0%	25.0%				25.0%		25.0%			N/A	25%	25%	N/A	25%	N/A	N/A	25%	N/A	100%	0%		
				Cumplimiento del cronograma de las actividades de limpieza y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable y aguas lluvias y equipos de bombeo	Resultados	Numero de actividades realizadas/total actividades programadas*100						X	100%	12.5%	12.5%	12.5%				12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	####	12.5%	12.50%	#####	N/A	#####	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	100%	0%		
				Cumplir con el cronograma de limpieza y mantenimiento y cambio de filtros	Resultados	Numero de actividades realizadas/total actividades programadas*101						X	100%		25.0%					25.0%		25.0%			N/A	25%	N/A	25%	NA	25%	NA	25%	N/A	100%	0%		
				Cumplir con el cronograma de fumigación que se adelantara al interior de la institución; teniendo en cuenta la periodicidad con que se debe realizar en cada servicio.	% Cumplimiento	N° de fumigaciones realizadas/ N° total de fumigaciones programadas*100						X	100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Realizar seguimiento mensual del Plan Operativo Anual en cada una de las áreas	% de cumplimiento en el seguimiento al plan operativo anual	Numero de áreas a las cuales se les realiza seguimiento al plan de operativo anual /total de áreas a las cuales se les debe realizar seguimiento * 100						X	100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	#####	#####	#####	11.1%	11.1%	100%	0%	
				Gestión de la ejecución al plan de gestión	% de cumplimiento del plan de gestión	Numero de metas del plan operativo anual cumplidas / numero de metas del plan operativo anual programadas *100						X	100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	#####	#####	#####	11.1%	11.1%	89%	11%	Se continuaron con las actividades constantes del plan operativo por servicios mientras llega nuevo gerente y monta el plan de gestión
				Evaluación al plan de gestión de la gerencia	% de cumplimiento en la evaluación del plan de gestión	numero de items que se deben cumplir en la resolución / total de items cumplidos *100			X				100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	#####	#####	#####	11.1%	11.1%	100%	0%	Se ha enviado mensualmente el reporte de la circular 009

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS								CUMPLIMIENTO								TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES								
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT				NOV	DIC						
	CONTROL INTERNO Y DE GESTIÓN EC01			Realizar los informes a la junta directiva basada en las actividades de prestación de servicios (RIPS)	Utilización de información de registro de prestación	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia.					X	100%								25%		25.0%		25.0%		####	N/A	N/A	25%	N/A	25%	N/A	25%	N/A	25%	100%	0%		
				Realizar plan de auditorías con carácter preventivo a las diferentes áreas de la institución y socializar informe de los hallazgos encontrados	% de cumplimiento en la realización de auditorías	Numero de auditorías realizadas/ numero de auditorías programadas *100	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	####	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Socializar los avances de cada uno de los compontes y elementos del MECI	% de cumplimiento en la socialización de elementos del MECI	Avances del sistema de control interno MECI 1000.2005 /Avances socializados *100					X	100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	####	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Cargar Informe en la página web según ley 1474 de 2011	% de cumplimiento en el cargue de la información	Fecha límite de entrega del informe /Cumplimiento de la entrega del mismo*100					Trimestral	100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	####	11.1%	11.1%	100%	0%		
			Mantenimiento del Control Interno Institucional	Continuar con la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en cada una de las áreas de la institución en un 100%	Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento de la institución	% de cumplimiento en el seguimiento de planes de mejoramiento	Numero de planes de seguimiento dejados en las áreas/ total de planes de mejoramiento a los cuales se les realizó seguimiento * 100	X				100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	####	11.1%	11.1%	100%	0%	
				Evaluar el cumplimiento de la implementación del MECI en las diferentes áreas de la institución	% de cumplimiento en la evaluación y cumplimiento del MECI	Auditorías de evaluación programadas / auditorías realizadas * 100	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	####	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Presentar el Informe ejecutivo anual del modelo estándar de control interno MECI 1000-2005	% de cumplimiento en la presentación de informe	Fecha límite de entrega del informe /Cumplimiento de la entrega del mismo*100					Cada cuatro meses	100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	####	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Evaluar la Efectividad de la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud. Mayor del 90%	Proporción de ejecución del PAMEC	Número de actividades realizadas / total de actividades programadas x 100			X			100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	####	####	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Promediar la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación	Promedio de los estándares de acreditación	Documento diligenciado del promedio de los estándares			X			50%															####	N/A	N/A	N/A	N/A	NA	NA	NA	NA	NA	0%	50%	
				Realizar seguimiento y reporte a las diferentes instituciones y entes de control sobre los indicadores de calidad	% de cumplimiento en el reporte y seguimiento a los indicadores de calidad	Número total de indicadores a los cuales se les realiza seguimiento/total de indicadores de calidad *100				X		100%	33.3%			33.3%												33.3%	N/A	N/A	33.3%	NA	NA	33.3%	NA	NA	100%	0%	
				Realizar entrega oportuna del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud	Oportunidad en la entrega del reporte	Según los términos de la normatividad		X				50%																N/A	N/A	N/A	50%	NA	NA	NA	NA	NA	50%	0%	



LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS												TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES									
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ABR	MAY	JUN				JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			
CALIDAD Y MEJORA CONTINUA EC02		Mantenimiento y Seguimiento al Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)	Fortalecer el Sistema de Información al usuario (SIAU) en un 100%	Tabular y analizar las encuestas de satisfacción de la institución y dar a conocer los resultados a las jefes y coordinadores de áreas.	% de cumplimiento en la tabulación y análisis de las encuestas	Número total de informes entregados/total de áreas de la institución. *100	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%				
				Medir el porcentaje de satisfacción de los usuarios	% de Satisfacción	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos/número total de pacientes encuestados *100	X								100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Dar Información y educación a los usuarios en todo lo referente al SGSSS	% de cumplimiento en el cumplimiento de cada una de las actividades	Número total de usuarios informados con necesidades e inquietudes en lo referente al SGSSS									100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Actualizar la encuesta de satisfacción	% de cumplimiento	Número de actividades realizadas / total de actividades programadas			X	100%	#####													N/A	100%	N/A	N/A	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%	0%	
				Socializar con todo el personal de la institución interno y externo los derechos y deberes de los usuarios	% de cumplimiento en el cumplimiento de cada una de las actividades	Evaluación de ítem en la encuesta de satisfacción de comprensión de derechos y deberes	X			100%				50.0%										#####	N/A	N/A	N/A	50%	NA	NA	NA	NA	50%	100%	0%	Se publicaron los derechos y deberes en la pagina institucional
				Recepcionar las quejas y sugerencias de los usuarios hasta su cierre	% de cumplimiento en el cumplimiento de cada una de las actividades	Número total de quejas y sugerencias recepcionadas/número de quejas gestionadas * 100		X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Evaluar y gestionar los casos con problemas sociofamiliares especiales	% de cumplimiento en el cumplimiento de cada una de las actividades	Número de casos solucionados /total de casos presentados *100	X			100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Cuantificar las felicitaciones y reconocimientos de las diferentes áreas	Numero de felicitaciones y reconocimientos	Numero de notificaciones mensuales	X			100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Revisión y actualización de los procesos y procedimiento del área	% de cumplimiento en el cumplimiento de cada una de las actividades	Número total de procesos revisados y actualizados/ total de procesos del área				100%				50.0%										#####	N/A	N/A	N/A	0%	NA	NA	NA	N/A	0%	0%	100%	
				Realización de registros de nacimientos en los niños nacidos en la institución	% de cumplimiento en el cumplimiento de cada una de las actividades	total de registros realizados /total de menores nacidos en la institución *100		X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Fortalecer el proceso de auditoría médica	Fortalecer los procesos de auditoría médica concurrente en la institución en un100%	Revisar y ajustar los procesos de auditoría en la institución y enfocarlos a la auditoría concurrente	% Cumplimiento de la auditoría concurrente	Glosa Asistencial/ Glosa Total * 100	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
						Realizar informes de Área que permitan la identificación de falencias en los diferentes procesos que afectan la calidad del	% Cumplimiento de la auditoría concurrente	# Informes S.C # Informes Programados * 100	X							100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
						Ajustar los tiempos de respuesta a glosa, mediante la clasificación y asignación de la misma para trámite		Glosa Contestada				100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	INDICADOR GESTION	COMO MEDIR	PERIODICIDAD					META AÑO 2016	METAS												TOTAL CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES									
							MEN	6 M	12 M	PERM	OTRO		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ABR	MAY	JUN				JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			
		Fortalecer medicina	respuesta y tramite a glosa a la normatividad vigente en un 100%	Implementar en los procesos de auditoría la utilización de los recursos tecnológicos para agilizar los procesos de respuesta y conciliación de glosas vía electrónica.	% Glosa en Tiempo de Ley	en tiempo de Ley/ Total Glosa Ingresada				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%				
			Disminuir los indicadores de Devolución y Glosas	Realizar plan de capacitación continua al personal que genera las glosas y devoluciones (área de facturación y área asistencial)	% Capacitación	# Capacitaciones realizadas/ Capacitaciones Programadas * 100				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
			Documentar y actualizar los procesos y procedimientos	Realizar listado de procesos y procedimiento institucionales y verificar los faltantes	% de cumplimiento en la realización de listado y verificación de faltantes	Numero de procesos y procedimientos institucionales/ total de procesos y procedimiento levantados * 100%				X		100%			33.3%						33.3%			####	N/A	N/A	33.3%	N/A	NA	33.3%	NA	NA	0%	67%	33%	
				Documentar y actualizar los procesos y procedimientos	% de cumplimiento de actualización de todos los procedimientos	Total de procedimientos que faltan por actualizar y documentar/total de procedimientos existentes en cada una de las áreas				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
				Realizar seguimiento y verificación de cumplimiento de los procesos y procedimientos en cada una de la áreas de la institución	% de cumplimiento en el seguimiento	Total de áreas con procedimientos documentados /total de áreas a las cuales se les realiza seguimiento * 100				X		100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
			Fortalecer la cultura de seguridad del paciente	Fortalecer la cultura de seguridad del paciente	<b>Seguridad del paciente</b>																															
	Cumplir con el cronograma de visitas y rondas a los servicios para la búsqueda activa de infecciones en un 100%	% de cumplimiento en el cronograma de visitas y rondas			Numero de actividades realizadas/ actividades programadas * 100%	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%			
	Realizar dos campañas de lavado de manos institucional anuales	% de cumplimiento en la realización de las campañas			Total de campañas realizadas/ Campañas programadas * 100%		X					100%			50.0%						50.0%				N/A	N/A	N/A	50%	NA	NA	50%	NA	NA	100%	0%	
	Llevar indicador de infecciones por especialidad y especialista realizando los planes de mejora pertinentes y el seguimiento en un 100%	Tasa de infecciones			Total de infecciones reportadas por especialidad/total reportadas en la entidad	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
	Realizar dos jornadas de cultivo de manos y de áreas en cirugía anuales	% de cumplimiento en la realización de las jornadas			Total de jornadas y cultivos de manos realizadas/ jornadas y cultivos de manos programadas * 100%	X						100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%		
			Realizar plan de capacitación a los integrantes del comité de vigilancia epidemiológica de forma bimensual	% de cumplimiento del plan de capacitación	Total de capacitaciones realizadas/ total de capacitaciones realizadas * 100%	X					100%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	100%	0%				
	<b>TOTAL CUMPLIMIENTO PLAN OPERATIVO 2016</b>																	82%																		