



FECHA ELABORACION			2/5/2020		ELABORÓ:
LINEA ESTRATEGICA (Plan de desarrollo)	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO (De su plan de gestión)	PLAN (Como va a cumplir el objetivo, cada objetivo debe tener como minimo 2 planes)	METAS QUE DAN CUMPLIMIENTO AL PLAN (Minimo 2 por plan se pueden incluir productos)	NOMBRE DEL INDICADOR (Mide la meta)
DESARROLLO ADMINISTRATIVO	Realizar una reunion trimestral con alianza de usuarios	Garantizar el fomento de la integridad y la transparencia en la gestion de los procesos	Plan de trabajo de participación social y comites institucionales de SIAU, PQRS y Etica	Integrar en los procesos de la ESE la participacion ciudadana	Proporción de cumplimiento de reuniones con alianza de usuarios
	Fortalecer el programa de informacion y atencion al usuario			Documentar e implementar programa de Atención al usuario y trabajo social en la ESE	Proporción de adherencia al Programa de atención al usuario y trabajo social
				Implementar el programa de atención al usuario y trabajo social de la E.S.E.	Proporción de cumplimiento a cronograma de SIAU
	Verificar que las universidades con las que se tiene convenio docencia-asistencial garanticen la presentación de los planes de práctica	Contribuir al fomento de la formación academica en Salud del departamento mediante ejecución de convenios docencia servicio.	Plan de articulación de plan de practicas.	Dar cumplimiento al seguimiento de planes de practica.	Proporción de cumplimiento a entrega de planes de practica por parte de las universidades
	Actualizar el modelo de prestación de servicios en salud mental			Actualizar, socializar y medir adherencia al Modelo de prestación de servicios de la ESE CRIB	Proporción de Adherencia al Modelo de prestación de servicios de la ESE CRIB

DESARROLLO DE SERVICIOS

Fortalecer los procesos de rehabilitación en salud mental	Generar, actualizar e implementar modificaciones del Modelo de prestación de servicio, procesos de rehabilitación personal, comunitaria que abarque promoción, prevención primaria y secundaria en el ámbito de salud mental	Realizar renovación documental y procesal acorde a las necesidades propias de la comunidad y de los usuarios de la ESE a nivel de los servicios asistenciales y de apoyo.	Actualizar, socializar e implementar procesos de Rehabilitación en salud mental	Proporción de cumplimiento de procesos implementados en Rehabilitación en Salud mental
Fortalecer el vínculo familiar y comunitario del paciente			Generar espacios y programas intrahospitarios y ambulatorios de integración familia paciente encaminado a fortalecimiento manejo de paciente con discapacidad mental	Proporción de cumplimiento de procesos implementados en Rehabilitación en Salud mental
Implementar un programa de desarrollo de competencias y habilidades del paciente			Actualizar, socializar e implementar procesos de Rehabilitación en salud mental	Proporción de cumplimiento de procesos implementados en Rehabilitación en Salud mental
Formulación e implementación del plan de Promoción, prevención y protección de la salud mental			Documenta programa de P y P en Salud mental, socializar y evaluar resultados	Proporción de cumplimiento de procesos implementados en Rehabilitación en Salud mental
Desarrollar de programas de fortalecimiento de cada uno de los servicios institucionales	Revisar, documentar y actualización de procesos con direccionamiento hacia la acreditación de cada uno de los servicios.		Generar actualización de procesos y procedimientos por cada area asistencial de la ESE	Proporción de cumplimiento de cronogramas de trabajo por servicio asistencial de la ESE
Elaborar estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios	Presentar proyectos que permitan ampliación de capacidad instalada y de apertura de servicios que favorezcan la integralidad y crecimiento económico a la ESE	Optimizar la capacidad instalada a fin de aumentar la producción de los servicios	Valorar necesidades propias del mercado en salud que permitan generar soluciones en Salud al Departamento	Proporción crecimiento servicios
Habilitar nuevos servicios de acuerdo a los resultados del estudio de conveniencia				Proporción de ejecución de estudios de viabilidad de habilitación de nuevos servicios
				Proporción de aumento de capacidad hospitalaria en internación.

<p>Obtener certificación de buenas practicas de elaboración de acuerdo al parágrafo 5 del artículo 11 del Decreto 2200 de 2005 y resolución 1403 de 2007 del Modelo de Gestión del servicio farmacéutico</p>	<p>Certificar a la ESE en buenas practicas clinicas de Servicio Farmaceutico</p>	<p>Promover la mejora del servicio farmaceutico para busqueda de la certificación de su modelo de gestion a corde a Normatividad Invima</p>	<p>Revisar, documentar e implementar procesos a nivel del servicio farmaceutico en busqueda de certificacion de buenas practicas</p>	<p>Proporción de cumplimiento de plan de trabajo de servicio farmaceutico</p>
<p>Establecer lineamiento institucional sobre dignificación y reducción del estigma del paciente mental</p>	<p>Implementar Programas comunitarios de educació, prevención y manejo de Salud Mental</p>	<p>Generación y articulación programa de Salud Mental basado en interacción comunitaria para reducción de estigma</p>	<p>Realizar un programa de integración social que permita capacitacion de dignificación del paciente mental y reducción del estigma</p>	<p>Proporción de cumplimiento de actividades de reducción del estigma del paciente mental</p>
<p>Capacitar al talento humano sobre dignificación del paciente mental y reducción del estigma</p>				
<p>METAS PROGRAMADAS</p>	<p>13</p>			

FORMATO

PLAN OPERATIVO POR AREA

SUBGERENCIA CIENTIFICA

MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2021

Mónica Fernanda Cárdenas Hurtado	FECHA DE APROBACION			APROBADO POR		
FORMULA	FUENTE (Hace referencia al documento donde se puede verificar el cumplimiento)	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO (Depende de cada indicador)	EJECUCION ESPERADA MOMENTO SEGUIMIENTO
N° de Reuniones realizadas con alianza de usuarios/ N° de reuniones planeadas con alianza de usuarios *100%	Cumplimiento de cronograma de participación social y soportes del ejecución mismo	N.A	100%	100%	TRIMESTRAL	
N° de criterios cumplidos de auditoria de programa de atencion al usuario/ N° de criterios evaluados de programa de atencion al usuario X 100	Informe de auditoria	N.A	N.A	90%	SEMESTRAL	
N° de lineamientos del programa SIAU implementados / N° de lineamientos del programa SIAU*100%	Cumplimiento de cronograma de SIAU y soportes de ejecución del mismo	N.A	25%	100%	TRIMESTRAL	
Grupos de estudiantes con plan de práctica/Total de grupos de estudiantes*100%	Listas de Chequeo de convenio docencia servicio	N.A	N.A	100%	SEMESTRAL	
N° de personas con evaluacion sobresaliente del Modelo /Total de personas evaluadas *100%	Evaluación de adherencia al modelo	N.A	N.A	90%	SEMESTRAL	

N° de procesos implementados de Rehabilitación en Salud Mental/Total de procesos planteados*100%	Cumplimiento de cronograma de procesos en rehabilitación Mental	N.A	100%	100%	TRIMESTRAL	
N° de actividades ejecutadas para Integración de la familia con el paciente mental /Total de actividades programadas*100%	Proceso de Integración familia/ paciente y cronogramas	N.A	100%	100%	TRIMESTRAL	
N° de procesos implementados de Rehabilitación en Salud Mental/Total de procesos planteados*100%	Cumplimiento de cronograma de procesos en rehabilitación Mental	N.A	100%	100%	TRIMESTRAL	
N° de actividades ejecutadas en Py P de Salud mental /Total de actividades programadas*100%	Cumplimiento de cronograma de SIAU	N.A	N.A	100%	SEMESTRAL	
N° de actividades ejecutadas en cronograma pos servicio /Total de actividades programadas*100%	Procesos y procedimientos actualizados Cumplimiento de cronograma de plan de trabajo por cada unidad	N.A	100%	100%	TRIMESTRAL	
(Numero de Servicios nuevos ofertados 2021 / Total de servicios ofertados 2020) *100%	Portafolio de Servicio	N.A	N.A	3%	ANUAL	
(Estudios de viabilidad documentados / Estudios de viabilidad de servicios solicitados)x100%	Documento	N.A	N.A	100%	ANUAL	
Numero de camas hospitalarias habilitadas adicionales para 2021 de la ESE CRIB/ Total de camas de habilitadas 2020 de la ESE CRIB*100%	Informes de REPS	N.A	N.A	20%	ANUAL	

<p>N° de actividades ejecutadas/ N° actividades programadas de plan de trabajo de servicio farmaceutico *100%</p>	<p>Cronograma de plan de trabajo del servicio Farmaceutico, Planes de Mejoramiento de farmacia y soporte de ejecución de actividades</p>	<p>N.A</p>	<p>90%</p>	<p>90%</p>	<p>TRIMESTRAL</p>	
<p>N° de actividades ejecutadas/ N° actividades programadas de reducción de estigma *100%</p>	<p>Cronograma de plan de trabajo de plan participación social</p>	<p>N.A</p>	<p>N.A</p>	<p>100%</p>	<p>SEMESTRAL</p>	
<p>METAS CUMPLIDAS</p>						

	VERSION: 1
	CODIGO: F-DE-PE-007
	FECHA: 26/01/2021

--	--

GERENCIA			
-----------------	--	--	--

EJECUCION REAL (Que porcentaje va de cumplimiento)	CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES Y / O RECOMENDACIONES

PORCENTAJE EJECUCION ANUAL		#REF!	



FECHA ELABORACION				
				2/4/2021
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	PLAN	METAS QUE DAN CUMPLIMIENTO AL PLAN
Talento Humano	Actualizar el PETH alineandolo con MIPG	Definir los lineamientos institucionales para el talento humano de la entidad.	Plan estrategico de talento humano	Actualizar el PETH
	Implementar PETH actualizado	Garantizar que se implementen los lineamientos institucionales para el talento humano de la entidad.		Implementar los planes establecidos en el PETH
	Mejorar el PETH de acuerdo a los hallazgos de la evaluacion	Implementar las acciones de mejora en el PETH de acuerdo a los hallazgos en su evaluacion		Mejorar el PETH de acuerdo a los hallazgos de las evaluaciones
	Realizar estudio de carga de trabajo en la ESE CRIB	Mantener actualizado el estudio de carga de trabajo en la ESE CRIB	Formalización del empleo	Realizar estudio de carga de trabajo en la ESE CRIB
	Actualizar el manual de funciones y competencias	Mantener actualizado el manual de funciones y competencias		Actualizar el manual de funciones y competencias
	Elaborar e implementar plan de formalizacion laboral	Garantizar que se implementen los lineamientos normativos relacionados con formalizacion laboral		Elaborar e implementar plan de formalizacion laboral
	Creacion e			

Desarrollo Administrativo

implementacion del plan de gestion institucional de recursos financieros (GIRF)	Definir los lineamientos institucionales relacionados con la gestion institucional de recursos financieros (GIRF)		Creacion e implementacion del plan de gestion institucional de recursos financieros (GIRF)
Mantener sin riesgo financiero la institucion anualmente	Hacer seguimiento mensual del cumplimiento de la Resolución No 2509 de 2012 para garantizar que la entidad se mantenga sin riesgo financiero	Plan de Gestion institucional de recursos financieros (GIRF)	Mantener sin riesgo financiero la institucion anualmente
Diseñar e implementar estrategias para la reduccion de costo operativo y el gasto administrativo buscando la eficiencia de recursos	Definir las estrategias para la reduccion de costo operativo y el gasto administrativo buscando la eficiencia de recursos		Diseñar e implementar estrategias para la reduccion de costo operativo y el gasto administrativo buscando la eficiencia de recursos
Mantener reconocimiento ambiental de hospital sostenible	Definir las actividades que propendan por el reconocimiento ambiental de hospital sostenible	Gestion ambiental	Mantener reconocimiento ambiental de hospital sostenible
Documentar e implementar manual de funcionamiento de comités institucionales	Mantener actualizado el manual de funcionamiento de comités institucionales	Gestión integral de la calidad administrativa	Crear e implementar el manual de funcionamiento de comités institucionales
Elaborar e implementar plan institucional de archivo	Definir los lineamientos institucionales para adelantar el plan institucional de archivo		Elaborar e implementar plan institucional de archivo
Organizar el fondo documental institucional	Contratar la actualización del fondo documental institucional	Plan Institucional de archivo (PINAR)	Organizar el fondo documental institucional
Implementar el sistema integrado de conservacion documental (SIC)	Definir los lineamientos institucionales para implementar el sistema integrado de conservacion documental (SIC)		Implementar el sistema integrado de conservacion documental (SIC)

	Implementar sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo (SGDEA)	Definir los lineamientos institucionales para implementar sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo (SGDEA)	Plan estratégico de preservación de documentos electrónicos	Implementar sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo (SGDEA)
	Fortalecer la participación de la veeduría ciudadana y la alianza de usuarios en las actividades de la ESE	Definir los lineamientos institucionales para fortalecer la participación de la veeduría ciudadana y la alianza de usuarios en las actividades de la ESE	Gerencia de la participación ciudadana	Fortalecer la participación de la veeduría ciudadana y la alianza de usuarios en las actividades de la ESE
	Elaborar plan de gestión del conocimiento y la innovación	Definir los lineamientos institucionales del plan de gestión del conocimiento y la innovación	Plan de gestión de conocimiento y la innovación	Realizar 4 reuniones con alianza de usuarios en cada vigencia
	Elaborar plan de gestión del conocimiento y la innovación	Definir los lineamientos institucionales del plan de gestión del conocimiento y la innovación	Plan de gestión de conocimiento y la innovación	Elaborar plan de gestión del conocimiento y la innovación
Infraestructura	Adecuar la infraestructura por servicio para mantener condiciones dignas de atención priorizando servicios	Definir los lineamientos institucionales para mantener condiciones dignas de atención priorizando servicios desde el punto de vista de infraestructura	Mantenimiento hospitalario	Adecuar la infraestructura por servicio para mantener condiciones dignas de atención priorizando servicios
METAS PROGRAMADAS		19		

PLAN OPERATIVO POR ÁREA

NOMBRE DEL ÁREA					
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2021					
ELABORÓ:	JESÚS ANTONIO SALAMANCA TORRES	FECHA DE APROBACION			APRO
NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FUENTE	META MEN	META TRIM	META ANUAL
Actualizacion del PETH	PETH Actualizado y aprobado	PETH	NA	NA	1
Proporción de cumplimiento en implementacion del PETH	N° programas implementados del PETH actualizado/N° programas del PETH planeados para el trimestre X 100%	Informes de auditoria	NA	23%	90%
Proporción de cumplimiento a planes de mejoramiento del PETH	N° de planes de mejora ejecutados de PETH /N° de planes de mejora del PETH planeados para el trimestre X 100%	Informe de auditoria	NA	90%	90%
Proporción de estudios de cargas d e trabajo	Estudio de carga de trabajo documental	Documento de estudio de carga de trabajo	NA	NA	1
Manual de funciones y competencias actualizado	Manual de funciones y competencias actualizado y aprobado	Manual de funciones y competencias actualizado	NA	NA	1
Proporcion de cumplimiento al plan de formalización laboral	N° de acciones realizadas del plan de formalizacion laboral/Total acciones programadas para el plan de formalizacion laboral x 100%	Informe de auditoria	NA	NA	80%
Proporcion de documentacion de GIRF	Documento de GIRF aprobado	Documento	NA	NA	1

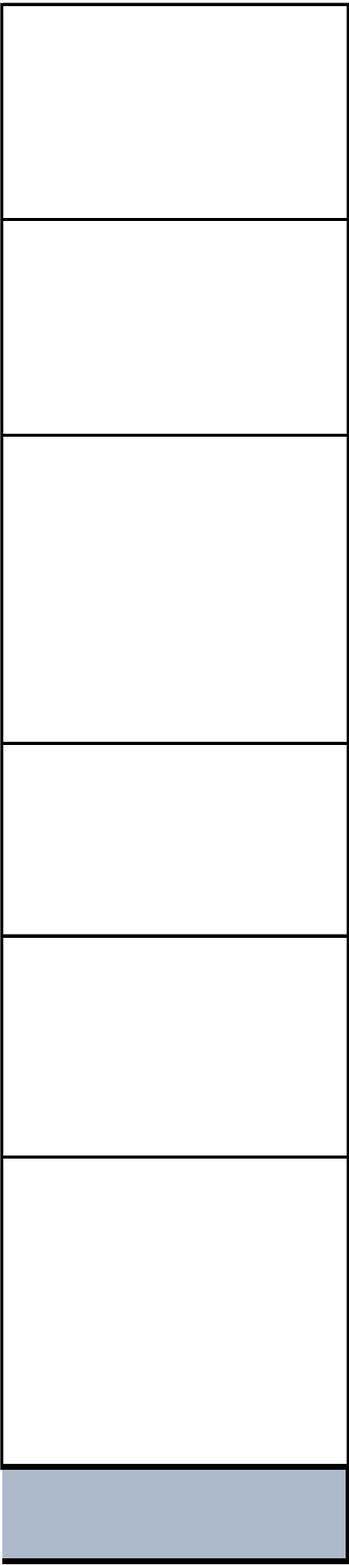
Proporción de cumplimiento en implementación del GIRF	N° actividades implementados del GIRF /N° actividades del plan a implementar en el periodo del tiempo medido(GIRF)x100%	Auditora de Gestion institucional de recursos financieros	NA	NA	60%
Proporcion de cumplimiento en certificaciones de hospital sin Riesgo financiero	Hospital sin riesgo financiero	Certificado Hospital sin riesgo	NA	NA	Hospital sin riesgo financiero
Proporción de Estrategias implementadas para la disminucpn de costo y gasto Operativo	N° de estrategias implementadas /N° estrategias planificadas en el lapso del tiempo medido x 100%	Lista de Chequeo	NA	15%	60%
Proporcion de cumplimiento de criterios de Hospital Sostenile	Criterios Cumplidos del plan de gestión ambiental / Criterios requeridos para obtener reconocimiento hospital sostenible X 100%	Informe de auditoria / Reconocimiento hospital sostenible (En caso de estar disponible)	NA	25%	100%
Proporcion de cobertura de capacitación de manual de comites	N° de comites con politicas incluídas en el manual / N° total de comites	Manual de funcionamiento de comités institucionales	NA	NA	100%
Proporcion de cumplimiento de los POA de los comites de la ESE	N° de comités que cumplen las metas de sus POA / Total de comités*100%	Informe de auditorías	NA	NA	80%
Proporción de cumplimiento en implementación del PINAR	N° de programas del PINAR implementados/Total de programas del PINAR a implementar en el lapso del tiempo medido X 100%	Informe de auditorías	NA	NA	60%
Proporcion de avance en la organización del fondo documental	N° metros lineales de fondo documental organizado/N° total de metros lineales de fondo documental X 100%	Fondo documental organizado de la E.S.E.	NA	NA	100%
Proporción de cumplimiento en implementación del SIC	N° de programas del SIC implementados/Total programas del SIC a implemenatr en el tiempo medido	Informe de auditorías	NA	NA	25%

Proporción de cumplimiento en implementación del sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo	N° de expedientes electrónicos creados / N° total de expedientes electrónicos a crear en el lapso del tiempo propuesto X 100%	Informe de auditorías	NA	NA	30%
Proporción de cumplimiento en capacitaciones del sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo	N° de capacitaciones realizadas/Total de capacitaciones en gestión documental electrónica programadas en el lapso del tiempo medido X 100%	Informe de auditorías	NA	NA	50%
Proporción de cumplimiento a actividades programadas de participación activa de veedurías ciudadanas	Actividades realizadas con alianzas de usuarios/Total de actividades planeadas de participación de alianza de usuarios x 100%	Reuniones de Rendición de cuentas y seguimiento ejecución plan de desarrollo	NA	NA	50%
ALIANZAS DE USUARIOS	N° de Reuniones realizadas con alianza de usuarios/ N° de reuniones planeadas con alianza de usuarios	Evidencias de las reuniones	NA	NA	100%
Proporción de avance del plan de gestión e innovación	Actividades realizadas para implementación del plan de gestión e innovación / actividades requeridas para aprobación de plan de gestión e innovación x 100%	Plan de gestión de conocimiento y la innovación documentado	NA	NA	100%
Proporción de avance en la implementación del plan de mantenimiento hospitalario	N° de Actividades de mantenimiento ejecutadas/Total de actividades del plan de mantenimiento hospitalario a realizar en el periodo medido x 100%	Informe de auditorías	NA	23%	90%
		METAS CUMPLIDAS			

OBJETO POR		GERENCIA		
PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	EJECUCION ESPERADA MOMENTO SEGUIMIENTO	EJECUCION REAL	CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA
ANUAL				
TRIMESTRAL				
TRIMESTRAL				
ANUAL				
ANUAL				
SEMESTRAL				
ANUAL				

ANUAL				
ANUAL				
TRIMESTRAL				
TRIMESTRAL				
ANUAL				
SEMESTRAL				
SEMESTRAL				
ANUAL				
ANUAL				

ANUAL				
TRIMESTRAL				
		PORCENTAJE EJECUCION ANUAL		





FECHA ELABORACION				
LINEA ESTRATEGICA (Plan de desarrollo)	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO (De su plan de gestión)	PLAN (Como va a cumplir el objetivo, cada objetivo debe tener como minimo 2 planes)	METAS QUE DAN CUMPLIMIENTO AL PLAN (Minimo 2 por plan- se pueden incluir productos)
	Formular, implementar y evaluar plan de prevención de conducta antijuridica y daño antijuridico en la entidad	Establecer el procedimiento para la elaboración de las politicas de prevención del daño antijurídico.	Plan de elaboración de políticas de prevención del daño antijurídico	Asesorar al comité de conciliaciones de la entidad
				Proyectar el manual de politicas de prevención de daño antijuridico
				Socializar el manual de politicas de prevención de daño antijuridico
				Implementar el manual de politicas de prevención de daño antijuridico
				Elaborar informe de seguimiento del comité de conciliaciones

DESARROLLO ADMINISTRATIVO

			Elaborar las directrices institucionales para la aplicación de mecanismos de arreglo directo , transacción y conciliación de acuerdo al historico de la entidad
Elaborar y ejecutar del manual de adecuada defensa de los intereses litigiosos de la entidad	Ejercer la defensa juridica de la entidad	Plan de defensa juridica	Elaborar el manual de adecuada defensa de los intereses litigiosos de la entidad
			Implementar el manual de defensa de intereses litigiosos de la entidad
			Analizar las causas litigiosas de la Empresa
			Crear políticas para mitigar los riesgos litigiosos de la entidad
			Elaborar el informe de gestión litigiosa
			Defender los intereses litigiosos de la entidad

			Elaborar los procesos y procedimientos de defensa jurídica
			Presentación oportuno informe jurídico Decreto 2193
	Garantizar que todas las actuaciones administrativas de la entidad se den dentro del marco de la legalidad	Plan de legalidad administrativa	Revisar todos los documentos que deba firmar la gerencia y que sean remitidos al área jurídica
			Revisión de todos los documentos que se generen en el área contractual
			Emitir conceptos jurídicos de acuerdo a las necesidades institucionales
Creacion del proceso de cobro coactivo		Plan de cobro coactivo	Actualizar y gestionar la aprobación del manual de cobro coactivo de la entidad
Actualizar e implementar el proceso contractual de la entidad	Liderar y garantizar el debido proceso en materia contractual en la entidad	Planeación contractual	Participar en la construcción de los procesos y procedimientos de acuerdo a la modalidad de selección del contratista
			Actualizar el manual de contratación de la entidad
Satisfacer de manera oportuna las necesidades de la entidad.			Plan contractual
			Garantizar que el proceso contractual se ajuste a lo normativo y de ley
			Evaluar el proceso contractual para proponer acciones de mejora
METAS PROGRAMADAS		23	

AREA JURIDICA			
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO			
ELABORÓ:	JOHN CARVAJAL	FECHA DE APROBACION	
NOMBRE DEL INDICADOR (Mide la meta)	FORMULA	FUENTE (Hace referencia al documento donde se puede verificar el cumplimiento)	META MEN
Proporcion de Asistencia al comités	N° de sesiones de comité de conciliaciones asistidos / N° de sesiones del comité de conciliaciones programado X 100%	Actas de comité de conciliación de la entidad	100%
Proporcion de avance en implementacion de Manual de Politicas de prevencion de daño antijuridico	Manual de políticas de prevención del daño antijurídico documentado y aprobado	Documento / Acto administrativo aprobación del manual	NA
Proporcion de cumplimiento de Socialización del manual de políticas de prevención de daño antijuridico	N° de capacitaciones del manual de políticas de prevención de daño antijurídico dictadas / Total de capacitaciones manual de políticas de prevención de daño antijuridico programadas X 100%	Acta de reunión	NA
Proporcion de avance en la Implementación del manual de políticas de prevención de daño antijuridico	N° de lineamientos del manual de políticas de prevención de daño antijuridico implementadas / Total de lineamientos de manual de políticas de prevención de daño antijuridico x 100%	Informe de auditoría	NA
Proporción de informes presentados en comité y publicados en la web	Numero de informes publicados / Numero de informes a publicar en la web X 100%	Informe en página web	NA

Porcentaje de cumplimiento en la elaboracion de las directrices institucionales para la aplicación de mecanismos de arreglo directo , transacción y conciliación de acuerdo al historico de la entidad	Directrices institucionales para la aplicación de mecanismos de arreglo directo , transacción y conciliación de acuerdo al historico de la entidad documentadas	Informe presentado en comité de conciliaciones/ Directrices institucionales para la aplicación de mecanismos de arreglo directo , transacción y conciliación de acuerdo al historico de la entidad documentadas	NA
Porcentaje de cumplimiento en la elaboracion el manual de adecuada defensa de los intereses litigiosos de la entidad	Manual de adecuada defensa de los intereses litigiosos de la entidad	Documento aprobado manual de adecuada defensa de los intereses litigiosos de la entidad (Aprobado)	NA
Proporcion decumplimiento en la Implementación del manual de intereses litigiosos de la entidad	N° de intereses litigiosos de la entidad aplicando el respectivo manual / Total de intereses litigiosos de la entidad x 100	Informe de auditoría	NA
Informe detallado de las causas litigiosas de la entidad	Informe presentado a gerencia	Informe presentado a gerencia	NA
Proporcion de análisis de causas primarias y politicas de mitigación de riesgos	No. Políticas aprobadas para corregir el problema./No. de causa primarias analizadas x 100%	Informe de auditoría	NA
Porcentaje de avance en gestión litigiosa	Informe presentado a gerencia	Documento	NA
Porcentaje de favorabilidad de Defensa juridica	N° de defensas con decisiones favorables a la entidad / Total de intereses litigiosos a defender en la entidad x 100%	Decisiones de cada proceso	NA
Proporcion de Procesos con contingencias	N° de procesos contingentes / N° de procesosos jurisdiccionales x 100%	Estado de los procesos	NA
Proporcion de cumplimiento en el Análisis de las contingencias	N° de procesos contingentes evaluados / N° total de procesos contingentes x 100%	Informe	NA

Proporcion de avance de Elaborar los procesos y procedimientos de defensa juridica	N° de procesos y procedimientos del área jurídica documentados / N° de procesos del área jurídica	Sistema de gestión	NA
Proporción de presentación oportuna de informe jurídico de Decreto 2193	N° de informes presentados oportunamente *100% / N° de informes reglamentarios a presentar	Cargue en el sistema	NA
proporcion de revision oportuna desde al area juridica	N° de documentos remitidos al área jurídica revisados oportunamente / N° total de documentos remitidos al área jurídica para revisión x 100%	Documentos revisados	100%
proporcion de cumplimiento de revision desde al area juridica Documentos precontractuales y contractuales revisados	N° de documentos contractuales revisados / N° total de documentos generados en el área contractual x 100%	Documentos revisados	100%
proporcion de cumplimiento de emisión de Conceptos juridicos	N° de conceptos juridicos emitidos / n° de conceptos juridicos solicitados x 100%	Documento de concepto juridico	100%
Manual de cobro coactivo actualizado y aprobado	Manual de cobro coactivo actualizado y aprobado	Manual de cobro coactivo actualizado y aprobado	NA
Procedimiento de contratación directa actualizado	Procedimiento de contratación directa actualizado	Procedimiento de contratación directa actualizado	NA
Procedimiento de convocatoria pública actualizado	Procedimiento de convocatoria pública actualizado	Procedimiento de convocatoria pública actualizado	NA
Procedimiento de subasta inversa actualizado	Procedimiento de subasta inversa actualizado	Procedimiento de subasta inversa actualizado	NA
Manual de contratación actualizado y aprobado	Manual de contratación actualizado y aprobado	Manual de contratación actualizado y aprobado	NA
Proporcion de respuesta a Necesidades satisfechas	N° de necesidades aprobadas por gerencia satisfechas / N° total de necesidades aprobadas por gerencia x 100%	SECOP / base de datos contratación	100%
Debido proceso contractual	N° de procesos contractuales con hallazgos (fruto de cualquier auditoria) / N° total de procesos contractuales	Informe de auditoría	NA
Proporcion de avance en el seguimiento al proceso contractual	Avance presentado/ Avance requerido x 100%	informe de la Evaluación contractual	NA
		METAS CUMPLIDAS	

FORMATO**PERATIVO POR ARÉA**

PERATIVO ANUAL 2021				
APROBADO POR				
META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO (Depende de cada indicador)	EJECUCION ESPERADA MOMENTO SEGUIMIENTO	EJECUCION REAL (Que porcentaje va de cumplimiento)
100%	100%	MENSUAL		
NA	1	ANUAL		
NA	100%	ANUAL		
NA	100%	SEMESTRAL		
NA	2	SEMESTRAL		

NA	1	ANUAL		
NA	1	ANUAL		
NA	100%	SEMESTRAL		
NA	90%	SEMESTRAL		
NA	100%	SEMESTRAL		
NA	2	SEMESTRAL		
80%	80%	TRIMESTRAL		
50%	50%	TRIMESTRAL		
100%	100%	TRIMESTRAL		

NA	100%	ANUAL		
100%	100%	TRIMESTRAL		
100%	100%	MENSUAL		
100%	100%	MENSUAL		
100%	100%	MENSUAL		
NA	1	ANUAL		
NA	1	ANUAL		
NA	1	ANUAL		
NA	1	ANUAL		
NA	1	ANUAL		
100%	100%	MENSUAL		
3%	10%	TRIMESTRAL		
NA	2	SEMESTRAL		
				PORCENTAJE EJ



FECHA ELABORACION					2/5/2021				
LINEA ESTRATEGICA A (Plan de desarrollo)	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO (De su plan de gestión)	PLAN (Como va a cumplir el objetivo, cada objetivo debe tener como minimo 2 planes)		METAS QUE DAN CUMPLIMIENTO AL PLAN (Minimo 2 por plan- se pueden incluir productos)				
Desarrollo administrativo	Diagnosticar el estado actual del marco procedimental institucional por procesos	Dar cumplimiento a los estandares Minimos de Habilitación (marco procedimental)	<p>Diagnostico de estado actual del marco procedimental (documentos basicos) para la prestación de los servicios de salud bajo estandares de calidad, eficacia y eficiencia.</p>		Realizar actualizacion documental de los requerimientos institucionales				
					Propender el diagnostico de marco procedimental				
					Elaboracion de los procesos inexistentes en el area Misional de la Institución				
			Auditoria concurrente y por servicio estandares Minimos de Habilitación		Realzar auditoria anual resolución 3100 de 2019				

Desarrollo de Servicios	implementar y mantener el cumplimiento de los estándares de habilitación	Dar cumplimiento a los estándares Mínimos de Habilitación (resolución 3100 de 2019)		Cumplir los planes de Mejoramiento ejecutados en su totalidad en el área misional		
			Socialización de los manuales, programas, procedimientos, formatos, por áreas misionales de la institución.	Capacitar los profesionales de la salud y personal de apoyo conoce los manuales, programas, procedimientos, formatos del área misional donde presta sus servicios		
			Evaluación adherencia a procedimientos	Evaluar los profesionales de la salud y de personal de apoyo cuenta con evaluación de los manuales, procedimientos, planes, formatos socializados		
			Actualización documental de prácticas seguras	Realizar la actualización de prácticas seguras Con base en los últimos lineamientos normativos y cambios en la organización		
			Política seguridad del paciente	Evaluar a los profesionales de la salud y de personal de apoyo de la política de seguridad del paciente		
		Garantizar el cumplimiento de las prácticas seguras aplicables en la institución	Servicios Seguros "rondas de seguridad"	Desarrollar Rondas de Seguridad acorde a los procesos socializados y evaluados		
				Implementar de los planes de Mejoramiento ejecutados en su totalidad en el área misional (seguridad del paciente)		
		Desarrollo de Servicios	Presentar autoevaluación anual de estándares de acreditación	Dar cumplimiento a los estándares de acreditación decreto 903 de 2014	La acreditación nuestro compromiso	Realizar una auditoría anual en los estándares de acreditación decreto 903 de 2014
		Desarrollo de Servicios	Implementación del PAMEC	Dar cumplimiento al componente de auditoría para el mejoramiento Continuo	Construcción del PAMEC 2021	Elaboración de documento PAMEC y aprobación por la Secretaría de Salud de Boyacá
					Seguimiento a PAMEC 2021	Ejecutar el PAMEC
Seguimiento a cumplimiento a Comités Institucionales	Realizar seguimiento de ejecución de Comités Institucionales					

		Comites	Seguimiento a Planes Operativos de los comites	Realizar seguimiento de Cumplimiento a planes Operativos de los Comites
			Seguimiento a Planes de Mejora de los comites	Realizar seguimiento de Cumplimiento a planes de mejora instaurados por los Comites
METAS PROGRAMADAS	26			

PLAN OPERATIVO POR ARÉA

CALIDAD			
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2021			
ELABORÓ:	DIANA MILENA MORENO PINILLA (AUDITOR DE CALIDAD Y REFERENTE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE) BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO (AUDITOR Y ASESOR DE CALIDAD)	FECHA DE APROBACION	2/2
NOMBRE DEL INDICADOR (Mide la meta)	FORMULA	FUENTE (Hace referencia al documento donde se puede verificar el cumplimiento)	META MEN
Porcentaje de cumplimiento en generacion de respuesta a actualizacion documental	N° de documentos actualizados / N° de necesidades documentales areas misionales de la Institucion (x100)	listado de documentos basicos requeridos por cada area Misional de la institucion	NA
Porcentaje de areas misionales con inventario actualizado de documentos	N° de areas coninventario documental/ N° de areas misionales de la Institucion (x100)	Documentos del Nivel Misional	NA
Porcentaje de areas Misionales con Diagnostico del estado actual de documentos basicos	N° de areas misionales con Diagnostico documental/ N° de areas misionales de la Institucion (x100)	Informe del estado actual del marco procedimental del area Misional de la Institucion	NA
Porcentaje de documentos contruidos en el area Misional de la Institucion	N° de procesos institucionales contruidos revisados y codificados / total de procesos para revisar en el periodo del tiempo x 100%	Listado de maestro de documentos / Documentos del Nivel Misional de la Institucion	NA
Porcentaje de cumplimiento a programa de auditoria resolución 3100 de 2019	Numero de servicios Misionales auditados en la vigencia / total de servicios programados para auditoria en el periodo medido	Cronograma de auditoria a los Servicios ofertados /Informe de auditoria	NA

Porcentaje de cumplimiento a planes de mejoramiento del nivel Misional	Numero de planes de mejoramiento ejecutados/ total de planes formulados x 100%	Planes de Mejoramiento area asistencial	NA
Porcentaje de profesionales de salud y de apoyo que conocen los manuales, programas, procedimientos, formatos de nivel misional	Numero de profesionales de la salud y de apoyo capacitados/ total de profesionales de la salud y de apoyo del area misional	Listado de Asistencia a Socializaciones	NA
Porcentaje de profesionales de salud y de apoyo a quienes se les evalua manuales, programas, procedimientos, formatos de nivel misional	Numero de profesionales de la salud y de apoyo evaluados/ total de profesionales de la salud y de apoyo del area misional	Resultado de Evaluaciones	NA
Porcentaje de actualizacion de practicas seguras según programa de seguridad del paciente x 100	Numero de practicas seguras actualizadas/ total de practicas seguras según programa de seguridad del paciente x 100	Documento de actualizacion	NA
Porcentaje de profesionales de salud y de apoyo a quienes se les evalua la politica de seguridad del paciente	Numero de profesionales de la salud y de apoyo evaluados/ total de profesionales de la salud y de apoyo del area misional x 100%	Resultado de Evaluaciones	NA
Porcentaje de Cumplimiento a Rondas de Seguridad	Numero de rondas de seguridad ejecutadas/total de rondas programadas x 100%	Comité de calidad y seguridad del paciente	NA
porcentaje de cumplimiento en la ejecucion de planes de mejoramiento del nivel Misional (seguridad del paciente)	Numero de planes de mejoramiento ejecutados/ total de planes formulados x 100%	Planes de Mejoramiento area asistencial	NA
Porcentaje de cumplimiento a programa de auditoria decreto 903 de 2014	Numero de servicios Misionales auditados en la vigencia / total de servicios ofertados en la Institución	Cronograma de auditoria a los Servicios ofertados /Informe de auditoria	NA
Proporcion de avace y aprobacion de PAMEC	Avance presentado/ Avance requerido x 100%	Documento PAMEC, Certificación de Aprobación	NA
Porcentaje de cumplimiento de PAMEC 2021	Numero de Actividades Ejecutadas del PAMEC/ Total deActividades programadas (X100)	ANEXO 1445 SEGUIMIENTO A PAMEC	NA
Porcentaje de cumplimiento de comites Institucionales	Numero de comites realizados /Total deActividades programadas (X100)	CMC- GC- F05 ACTA DE COMITÉ	NA

Porcentaje de cumplimiento de Planes Operativos	Numero de planes Operativos ejecutados /Total de planes Operativos programados (X100)	DE-PE-F02 PLAN OPERATIVO	NA
Porcentaje de cumplimiento de Planes de mejora	Numero de planes de Mejora ejecutados /Total de planes de mejora programados (X100)	PLAN DE MEJORA	NA
		METAS CUMPLIDAS	

VERSI

CODIGO: F

FECHA: 2

2021		APROBADO POR		GERENCIA		
META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO (Depende de cada indicador)	EJECUCION ESPERADA MOMENTO SEGUIMIENTO	EJECUCION REAL (Que porcentaje va de cumplimiento)	CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA
90%	90%	TRIMESTRAL				
90%	90%	TRIMESTRAL				
90%	90%	TRIMESTRAL				
90%	90%	TRIMESTRAL				
NA	100%	SEMESTRAL				

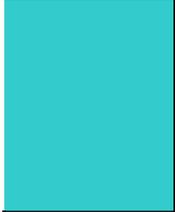
90%	90%	TRIMESTRAL				
NA	90%	TRIMESTRAL				
NA	90%	TRIMESTRAL				
NA	90%	SEMESTRAL				
NA	90%	TRIMESTRAL				
90%	90%	TRIMESTRAL				
90%	90%	TRIMESTRAL				
NA	100%	ANUAL				
NA	90%	ANUAL				
80%	80%	TRIMESTRAL				
NA	90%	SEMESTRAL				

NA	90%	SEMESTRAL				
90%	90%	TRIMESTRAL				
				PORCENTAJE EJECUCION ANUAL		#R

ION: 1

-DE-PE-007

6/01/2021



OBSERVACIONES Y / O RECOMENDACIONES

--

--

--

--

--

EF!



FECHA ELABORACION			
LINEA ESTRATEGICA (Plan de desarrollo)	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO (De su plan de gestión)	PLAN (Como va a cumplir el objetivo, cada objetivo debe tener como minimo 2 planes)
	Organizar el fondo documental y procedimental del servicio de facturacion de la ESE		Actualización y/o construcción de los documentos del área
			Promover niveles optimos de Facturación basada en normatividad vigente y contratación actual
			Promover la capacitacion continua del personal de facturacion
			Seguimiento a los procesos de autorizaciones

<p>Desarrollo administrativo</p>	<p>Organizar tiempos de facturación, radicación de cuentas y devoluciones de la ESE</p>	<p>Optimizar los procesos de autorizaciones, facturación, radicación de cuentas, minimizando los errores para coadyuvar con la sostenibilidad financiera de la empresa</p>	<p>Aumentar la capacidad técnica y sistemática que permita niveles óptimos y seguros de la facturación</p>
			<p>Promover el cumplimiento de los procesos y procedimientos de proceso de facturación</p>
			<p>Realizar acciones de mejoramiento de los procesos de facturación</p>
			<p>Seguimiento a los procesos de armado y radicación de cuentas</p>

Hacer verificación e procesos de referencia	Fortalecer el proceso de referencia y contrarreferencia del hospital, garantizando los lineamientos normativos bajo los criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia	Actualización y/o construcción de los documentos del área
Realizar gestión documental del proceso de asignación de citas médicas	Garantizar de manera efectiva la asignación de citas basados en los principios de accesibilidad y oportunidad de acuerdo a las necesidades del usuario y su familia	Actualización y/o construcción de los documentos del área
Estructurar e implementar proceso institucional de mercadeo de servicios de salud	Liderar la construcción e implementación de un plan de mercadeo efectivo del portafolio de servicios que oferta la E.S.E.	Construcción de los documentos del área
		Actualización de portafolio de servicios respecto de la demanda y necesidad de la población objeto y la comunidad en general y difundirlo
		Verificación de contratación vigente y aumento de los vínculos comerciales

			Seguimiento a la contratacion vigente de la ESE con os aseguradores para atencion de pacientes
METAS PROGRAMADAS			

FACTURACIÓN Y MERCADEO DE SERVICIOS

MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO

	ELABORÓ:		FECHA DE APROBACION
METAS QUE DAN CUMPLIMIENTO AL PLAN (Minimo 2 por plan- se pueden incluir productos)	NOMBRE DEL INDICADOR (Mide la meta)	FORMULA	FUENTE (Hace referencia al documento donde se puede verificar el cumplimiento)
Construir y /o Actualizar los procesos, procedimientos , manuales, formatos, instructivos etc del área de facturación	Porcentaje de procesos y procedimientos actualizados del area de facturacion	Numero de documentos actualizados / Total de procesos y procedimientos diagnosticados para actualizar X100%	Tablas de estion documental de facturacion
Realizar seguimiento a tiempos de acturacion	Tiempo promedio de facturación de servicios posterior al egreso del paciente	\sum (fecha generación factura - fecha egreso de usuario) / N° facturas	Informe de auditoria
Imlementar proceso capacitacion y retroalimentación oportuna y programada al personal encargado de facturación	Porcentaje de capacitaciones realizadas al persona de facturacion	N° de capacitaciones realizadas / Numero de capacitaciones programadas X100%	Programa de capacitación
Control de oportunidad en solicitud y respuesta en gestión de autorizaciones	Tiempo de envío de solicitud de autorización o Anexo 3/ Tiempo de respuesta de autorización o Anexo 4	\sum (fecha de envío de solicitud de servicios medicos mediante anexo 3 - fecha de generación de orden medica)/ \sum (fecha de respuesta de Anexo 4 - fecha de envío de solicitud con anexo 3)	CNT Y Bitacora de referencia

Asegurar que se realice la facturación de la totalidad de los servicios y/o medicamentos, insumos, valoraciones entre otros, prestados a los usuarios de la ESE centro de Rehabilitación Integral de Boyaca	Porcentaje de cumplimiento de auditoría en el proceso de facturación	Total de servicios facturados / total de servicios prestados x 100%	Informe de auditoría
Realizar auditorías al proceso de facturación y cuentas	Porcentaje de cumplimiento de auditoría en el proceso de facturación	Total de criterios cumplidos en auditoría de proceso de facturación / total de criterios evaluados x 100%	Informe de auditoría
Ejecutar e implementar planes de mejora del servicio de facturación	Porcentaje de cumplimiento de ejecución de planes de mejoramiento de facturación	Total de planes de mejora ejecutados / total de planes de mejora planeados o requeridos para el servicio x 100%	Matriz de seguimiento de planes de mejora
Consecución oportuna de soportes administrativos y asistenciales vitales para armado de cuentas	Tiempos de entrega de soportes administrativos y de procedimientos asistenciales	$\sum (\text{fecha egreso de paciente} - \text{fecha de entrega de HC}) / \text{Total de pacientes de egreso}$	Informe de auditoría
Revisión y seguimiento a RIPS	Seguimiento a RIPS	Seguimiento a RIPS mensual	Soporte de entrega de RIPS
Mantener niveles mínimos de devoluciones de las EPS	Porcentaje de devoluciones realizadas a la facturación de la ESE	Total de Facturas devueltas / total de facturas radiadas x 100%	Informe de facturación
Devoluciones subsanadas y/o refacturadas	Porcentaje de Devoluciones subsanadas y/o refacturadas	Total de devoluciones subsanadas y/o refacturadas / Total de devoluciones generadas durante el periodo x 100%	Informe mensual de Causa y motivo de Glosa

Actualizar los procesos y procedimientos del área de referencia y contrarreferencia	Porcentaje de procesos y procedimientos actualizados	Numero de procesos verificados y aprobados del area de referencia / Total de procedimientos normativos del area de referencia X 100	Documento
Revision, seguimiento de los indicadores de referencia y contrarreferencia	Proporcion de cumplimiento en los indicadores de referencia	N° de indicadores con desempeño satisfactorio / N° de indicadores del area x 100%	Informe de auditoría
Construir y /o Actualizar los procesos, procedimientos, manuales, formatos, instructivos etc del área de facturación y asignación de citas medicas	Porcentaje de procesos y procedimientos actualizados del el área de facturación y asignación de citas medicas	Numero de documentos actualizados / Total de procesos y procedimientos diagnosticados para actualizar X100%	Tablas de gestión documental
Creación de los procesos y procedimientos del área de mercadeo de servicios	Porcentaje de procesos y procedimientos actualizados del el área de de mercadeo de servicios	Numero de documentos actualizados y aprobados por gerencia / Total de procesos y procedimientos diagnosticados para actualizar X100%	Tablas de gestión documental
Participar en actualización y realizar la Socialización de portafolio a entidades interesadas	Porcentaje de entidades y aseguradores a quienes se les socializa el portafolio de servicios de la ESE	Número de entidades a las que se le realizó socialización de portafolio vigente /Totalidad de Aseguradores de regimen contributivo, subsidiado y regimen especial residentes en el departamento	Informe de gestión de Mercadeo
Avance en nueva contratación según portafolio vigente	Porcentaje de fidelización a nueva contratación según contratación vigente	Número de entidades con aceptación a actualización de portafolio vigente y/o ya con contrato / Totalidad de entidades con contratación	Panorama general de contratación
Realizar diagnostico del estado actual de contratación vigente con las EAPB presentes en el departamento	Porcentaje de crecimiento de contratación con las EAPB, Aseguradores del departamento	Nuevas convenios con inicio de vinculo contractual con la ESE en 2021 /total de EAPB con contrato con la ESE	Matriz de contratación anual

<p>Hacer seguimiento al cumplimiento de los acuerdos contractuales en lo relacionado con presupuesto, obligaciones y vigencias de cada uno de los contratos que la ESE ha suscrito con los diferentes aseguradores o entes y gestionar dificultades de facturación que se puedan subsanar desde la verificación de la contratación y presentar informes periódicos con necesidades de los mismos</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento a la verificación de contratos</p>	<p>N° de contratos verificados / N° total de contratos</p>	<p>Relación de convenios informe en comité de gestión</p>
<p>20</p>			<p>METAS CUMPLIDAS</p>

FORMATO

OPERATIVO POR ARÉA

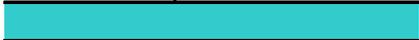
ANUAL 2021						
		APROBADO POR		G		
META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO (Depende de cada indicador)	EJECUCION ESPERADA MOMENTO SEGUIMIENTO	EJECUCION REAL(Que porcentaje va de cumplimiento)	CUMPLIMIENTO
NA	90%	90%	TRIMESTRAL			
<= 15	<= 15	<= 15	MENSUAL			
NA	90%	90%	TRIMESTRAL			
1	1	1	MENSUAL			

95%	95%	95%	MENSUAL			
90%	90%	90%	MENSUAL			
NA	90%	90%	TRIMESTRAL			
1	1	1	MENSUAL			
1	3	12	MENSUAL			
>5%	>5%	>5%	MENSUAL			
NA	100%	100%	TRIMESTRAL			

NA	100%	100%	SEMESTRAL			
NA	90%	90%	TRIMESTRAL			
NA	90%	90%	TRIMESTRAL			
NA	100%	100%	TRIMESTRAL			
NA	100%	100%	SEMESTRAL			
90%	90%	90%	TRIMESTRAL			
NA	10%	20%	SEMESTRAL			

100%	100%	100%	MENSUAL			
					PORCENTAJE EJECUCION ANUAL	

	VERSION: 1
	CODIGO: F-DE-PE-007
	FECHA: 26/01/2021



DIFERENCIA

DIFERENCIA	OBSERVACIONES Y / O RECOMENDACIONES
-------------------	--

--	--

--	--

--	--

--	--

#REF!	



FECHA ELABORACION			
LINEA ESTRATEGICA (Plan de desarrollo)	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO (De su plan de gestión)	PLAN (Como va a cumplir el objetivo, cada objetivo debe tener como minimo 2 planes)
DESARROLLO ADMINISTRATIVO	Incrementar el recaudo efectivo de ingresos de la vigencia	Garantizar el cobro efectivo de la facturación generada por servicios prestados, permitiendo el adecuado flujo de recursos con las entidades con las cuales se tiene acuerdo contractual y hacer exigible el recaudo de los recursos que son objeto de glosa	Plan de auditoria de prefacturación de cuentas medicas hospitalarias
			Respuesta de objeciones dentro de los tiempos establecidos por la Ley 1438 de 2011 Artículo 57
			Conciliación de Glosas Cuentas medicas ,
DESARROLLO DE SERVICIOS	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud	Garantizar la adecuada prestación del servicio desde la pertinencia , oportunidad y calidad permitiendo así un cobro efectivo de los servicios con Calidad	Auditoria Concurrente

	minimizando los riesgos para el paciente y su familias	Verificar el cumplimiento de adherencia de guías de atención en salud	Auditoria de Adherencia según cronograma de socialización de las mismas
METAS PROGRAMADAS	11		

AUDITORIA MEDICA		
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION		
2/5/2021	ELABORÓ:	GLORIA MARIA CAMPILLO NIÑO
METAS QUE DAN CUMPLIMIENTO AL PLAN (Minimo 2 por plan- se pueden incluir productos)	NOMBRE DEL INDICADOR (Mide la meta)	FORMULA
Realiza procesos de auditoria de prefacturacion a los pacientes en internacion aguda	Porcentaje de seguimiento de Prefacturacion de pacientes agudos	Numero de facturas generadas de pacientes agudos/numero de facturas auditadas x100%
Realiza procesos de auditoria de prefacturacion a los pacientes en internacion aguda	Porcentaje de seguimiento de Prefacturacion de pacientes cronicos	Numero de facturas generadas de pacientes cronicos/numero de facturas auditadas x100%
Dar Respuesta a las objeciones reportadas dentro de los terminos esablecidos en la ley 1438, retroalimentacion permnente al area de facturacion , cartera y personal asistencial	Porcentaje de Respuesta a Objeciones	N° de objeciones hechas a las facturas glosadas de manera oportuna / Total de facturas glosadas X 100%
Dar cumplimiento Cronograma de conciliacion de glosas mensual po EPS .retroalimentacion permnente al area de facturacion , cartera y personal asistencial	Porcentaje de Respuesta a glosas	Numero de conciliaciones de Glosa realizadas / numero de conciliaciones programadas en el periodo X 100%
Dar cumplimiento al cronograma Mensual y al ciclo PHVA desde Auditoria concurrente por unidades	Porcentaje de cumplimiento de auditoria concurrente	Numero de Auditorias EJECUTADAS al mes por unidad /Numero de actividades PROGRAMADAS mes x100%
	Porcentaje de cumplimiento de planes de mejoramiento de auditoria concurrente	Numero de planes de mejoramiento cerrados en el trimestre / Numero de planes de mejoramiento programados en el trimestre x100%

Realizar Auditoria de las historias clinicas en el cumplimiento de la normatividad vigente para su diligenciamiento	Porcentaje de cumplimiento de auditoria a historia clinica	N° de auditorías de historia clinica realizadas / Total de auditorías de historia clinica planeadas x100%
Realizar evaluacion de la adherencia a guias de manejo	Porcentaje de cumplimiento de adehrencia a historia clinica	N° de evaluaciones de adherencia a guías de manejo / Total de evaluaciones planeadas

FORMATO

PLAN OPERATIVO POR ÁREA

ICA					
PLAN OPERATIVO ANUAL 2021					
FECHA DE APROBACION			APROBADO POR		
FUENTE (Hace referencia al documento donde se puede verificar el cumplimiento)	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO (Depende de cada indicador)	EJECUCION ESPERADA MOMENTO SEGUIMIENTO
Formato prefacturacion y relacion de facturacion entregada por la coordinacion del area	80%	80%	80%	MENSUAL	
Formato prefacturacion y relacion de facturacion entregada por la coordinacion del area	50%	50%	50%	MENSUAL	
Formato de respuesta de objeciones y correo electronico institucional de auditoria .Informe mensual	90%	90%	90%	MENSUAL	
Formato de conciliacion de Glosas . Informe mensual	95%	95%	95%	MENSUAL	
Formato de auditoria concurrente, informes de hallazgos y resultados	90%	NA	90%	MENSUAL	
Formatos de seguimiento a plan de mejoramiento	NA	90%	90%	TRIMESTRAL	

Formato de auditora de Hitoria clinica y formato de evaluacion	NA	90%	90%	TRIMESTRAL	
	NA	90%	90%	TRIMESTRAL	
METAS CUMPLIDAS					

PORCENTAJE EJECUCION ANUAL	#REF!		



FECHA ELABORACION			
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	PLAN (Como va a cumplir el objetivo, cada objetivo debe tener como minimo 2 planes)
	Creacion e Implementacion del plan de gestion institucional de Recursos Financieros G.I.R.F.	OBTENER Y APLICAR EL MANUAL DE POLITICAS CONTABLES Y FINANCIERAS COMO PARTE DEL DESARROLLO OPTIMO Y CARACTERIZTICO EN LA GESTION FINANCIERA	Actualización e implementacion del manual de políticas contables
			Implementación de los centros de costo
		IDENTIFICAR Y EVALUAR EXHAUSTIVAMENTE HALLAZGOS QUE IMPLIQUE RIESGOS DE LA GESTION DE INFORMACION FINANCIERA	Identificación de los riesgos del área financiera

DESARROLLO ADMINISTRATIVO			Presentación Oportuna de informes normativos
		<p>APLICAR CUMPLIR Y PRESENTAR DE MANERA OPORTUNA Y RESPONSABLE LOS INFORMES FINANCIEROS SOLICITADOS BAJO SUPUESTOS LEGALES EMITIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL.</p>	Seguimiento de la información financiera de la empresa
			Seguimiento al cumplimiento de indicadores de Resolución 408 de 2018 del área financiera
			Interpretar los resultados de la ESE, bajo Indicadores de gestion
METAS PROGRAMADAS		16	

2/5/2021	ELABORÓ:
METAS QUE DAN CUMPLIMIENTO AL PLAN (Minimo 2 por plan- se pueden incluir productos)	NOMBRE DEL INDICADOR (Mide la meta)
Actualizar el manual de políticas contables	Manual de políticas contables actualizado
Implementar el manual de políticas contables	Política de activos
	Política de pasivos
	Política de estados financieros
	Política de gastos y costos
Implementar centros de costos	Centro de costos
Evaluar eventos que impliquee riesgos y mejorar la capacidad del proceso para cumplir con los requisitos establecidos en la política contable.	Matriz de riesgos

Presentar oportunamente informe Decreto 2193, CHIP, Contraloría, cuenta anual	Presentación oportuna de informes
Presentación de declaraciones tributarias en las fechas oportunas	Presentación oportuna de las declaraciones
Presentación oportuna de Estados Financieros a la administración	Presentación de estados financieros
Revisión y seguimiento SIA Observa	Revisión de la ejecución presupuestal de los contratos
Análisis de los estados financieros bajo indicadores financieros	Análisis comparativo
Revisión de la ejecución presupuestal	Revisión de la ejecución presupuestal de los costos y gastos de la empresa
Hacer seguimiento a los indicadores de 408	Evolución del gasto por UVR
Evaluar la situación de la empresa en detalle, bajo el indicador:	Incremento del margen de utilidad bruta
Evaluar la situación de la empresa en detalle, bajo el indicador:	Incremento en el margen de utilidad neto
Evaluar la situación de la empresa en detalle, bajo el indicador:	Incremento del capital de trabajo de la empresa
Evaluar la situación de la empresa en detalle, bajo el indicador:	Incremento de la razón corriente
Evaluar la situación de la empresa en detalle, bajo el indicador:	Incremento de Medición de Rotación de Activos

PLAN OPERATIVO POR ÁREA

ÁREA CONTABLE		
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2021		
MARTHA LUCIA APONTE	FECHA DE APROBACION	
FORMULA	FUENTE (Hace referencia al documento donde se puede verificar el cumplimiento)	META MEN
Plan de politicas contables actualizado	Manual	NA
N° de politicas sobre activos implementadas / N° total de políticas sobre activos formuladas	Informe de auditorías	NA
N° de politicas sobre pasivos implementadas / N° total de políticas sobre pasivos formuladas	Informe de auditorías	NA
N° de politicas sobre Estados financieros implementadas / N° total de políticas sobre estados financieros formuladas	Informe de auditorías	NA
N° de politicas sobre costos y gastos implementadas / N° total de políticas sobre costos y gastos formuladas	Informe de auditorías	NA
N° de centros operacionales / N° de centro de costos identificados	Software	NA
Matriz de riesgo identificada y diligenciada	Matriz de riesgos	NA

N° Informes presentados oportunamente/ Total Informes a presentar	Soporte radicación y envío	100%
N° de declaraciones presentadas oportunamente / N° de declaraciones a presentar	Declaraciones	100%
N° de estados financieros presentados oportunamente / N° total de estados financieros reglamentarios	Publicación en página web de la entidad	100%
N° de contratos verificados / N° total de contratos	Informe de auditorías	100%
Análisis vertical y horizontal	Informe área contable	1
N° de ejecuciones presupuestales revisadas / N° total de ejecuciones presupuestales	Informe de auditorías	100%
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia / Número de UVR producidas en la vigencia / gasto de funcionamiento y operación comercial de prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)	Informe área contable	NA
(Margen utilidad bruta presente vigencia - Margen utilidad bruta vigencia anterior) / Margen utilidad neta vigencia anterior	Informe área contable	>= 5%
(Margen utilidad neta presente vigencia - Margen utilidad neta vigencia anterior) / Margen utilidad neta vigencia anterior	Informe área contable	>= 5%
(Capital de trabajo presente vigencia - Capital de trabajo vigencia anterior) / Capital de trabajo vigencia anterior	Informe área contable	>= 5%
(Razón corriente presente vigencia- Razón corriente vigencia anterior) / Razón corriente vigencia anterior	Informe área contable	>= 5%
(Rotación de activos presente vigencia - Rotación de activos anterior vigencia) / Rotación de activos anterior vigencia)	Informe área contable	>= 5%
	METAS CUMPLIDAS	

APROBADO POR				
META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO (Depende de cada indicador)	EJECUCION ESPERADA MOMENTO SEGUIMIENTO	EJECUCION REAL (Que porcentaje va de cumplimiento)
PLAN ACTUALIZADO	PLAN ACTUALIZADO	TRIMESTRE		
18%	70%	TRIMESTRE		
18%	70%	TRIMESTRE		
18%	70%	TRIMESTRE		
18%	70%	TRIMESTRE		
100%	100%	TRIMESTRE		
Matriz	Matriz	TRIMESTRE		

100%	100%	MENSUAL		
100%	100%	TRIMESTRE		
100%	100%	MENSUAL		
100%	100%	TRIMESTRE		
1	1	MENSUAL		
100%	100%	TRIMESTRE		
NA	<0,9	ANUAL		
>= 5%	>= 5%	MENSUAL		
>= 5%	>= 5%	MENSUAL		
>= 5%	>= 5%	MENSUAL		
>= 5%	>= 5%	MENSUAL		
>= 5%	>= 5%	MENSUAL		
				PORCENTA A



FECHA ELABORACION		2/3/2020		ELABORÓ:	
LINEA ESTRATEGICA (Plan de desarrollo)	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO (De su plan de gestión)	PLAN (Como va a cumplir el objetivo, cada objetivo debe tener como minimo 2 planes)	METAS QUE DAN CUMPLIMIENTO AL PLAN (Minimo 2 por plan- se pueden incluir productos)	NOMBRE DEL INDICADOR (Mide la meta)
Mantener sin riesgo financiero la institucion anualmente	fortalecer la gestion efectiva y transparente para el manejo de los recursos publicos de la ESE CRIB	registro, control y manejo de los dineros recaudados en caja general y bancos	elaborar mesualmente el estado de tesoreria	ESTADO DE TESORERIA	
			asistir a reuniones mensuales con las areas financieras encargadas para verificación de gastos e ingresos	REUNIONES	
			registrar los libros mensuales de caja y bancos en el software	SALDO DE LIBROS	
		garantizar los recursos financieros necesarios para cumplir con las obligaciones de la empresa	verificar permanentemente la disponibilidad de fondos y realizar control de saldos en cuentas bancarias	SALDO BANCOS	
			realizar los traslados necesarios entre cuentas bancarias para tener disponibilidad del recurso previa autorización del ordenador del gasto	TRASLADOS BANCARIOS	
		realizar el seguimiento a	verificar que se relice la radicación oportuna de las cuentas de proveedores en el area financiera	efectuar el pago oportuno del 100% de las obligaciones contraídas por la entidad	OPORTUNIDAD DE PAGO
				verificar que se dé cumplimiento de todos los requisitos legales y reglamentarios para el proceso de pago	VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO REQUISITOS LEGALES

DESARROLLO ADMINISTRATIVO

	los ingresos y pagos efectuados	identificar los ingresos por venta de servicios de salud, particulares, arriendos y aprovechamientos ya sea por canales electronicos, cheques y efectivo	ingreso a los portales empresariales de los bancos y descargue de la información, recaudo diario de caja general	REPORTES MENSUALES
			Ingresar los recaudos de la operación de la empresa tanto en el software como en la ejecución presupuestal de ingresos	EJECUCION PRESUPUESTAL
	mejorar la capacidad de hacer frente a obligaciones e imprevistos	controlar los pagos y verificar los ingresos	realizar la conciliación bancaria para establecer el saldo real en libros contables y bancos	CONCILIACION BANCARIA
			informar el comportamiento del ingreso y el gasto frente a la facturación por la venta de servicios de salud	INFORME DE INGRESOS Y GASTOS
			mantener el equilibrio financiero comparando el nivel de ingreso total ejecutado y el gasto ejecutado	EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO
	Creacion e implementacion del plan de gestion institucional de recursos financieros (GIRF)	Brindar un adecuado manejo de los recursos financieros de la Entidad	presentar la información de disponibilidad de los recursos, (cuánto se ha gastado, para qué se ha empleado y el saldo)	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS
			oportunidad en el reporte de la información que compete al area de tesoreria para el decreto 2193 de 2004	cumplimiento oportuno de informes
			apoyar la planificación de los ingresos y gastos que conllevan al	

		Consejo de funcionamien to de la Institución	Elaborar y consolidar en coordinación con la subgerencia administrativ a el anteproyecto y proyecto anual de presupuesto de ingresos y gastos de la entidad	Cumplir con los lineamientos y procedimientos para la formulación y aprobación del presupuesto, ejecución presupuestal y modificaciones al presupuestode la Entidad	Anteproyecto, proyecto
				presupuesto aprobado por CONFIS y Junta Directiva	PRESUPUEST O APROBADO
METAS PROGRAMAD AS		16			

FORMATO

PLAN OPERATIVO POR ÁREA

NOMBRE DEL ÁREA: TESORERIA					
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2021					
TESORERIA	FECHA DE APROBACION			APROBADO POR	
FORMULA	FUENTE (Hace referencia al documento donde se puede verificar el cumplimiento)	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO (Depende de cada indicador)
Estado de tesorería documentado	SOFTWARE CNT	1	3	12	MENSUAL
N° REUNIONES PROGRAMADAS/ N° ASISTENCIA A REUNIONES	Acta de reunión	1	3	11	MENSUAL
Registro de los libros mensuales de caja y bancos	SOFTWARE CNT	1	3	12	MENSUAL
N° de alertas generadas / N° de eventos de alerta financiera que se presentan en la vigencia	PORTAL BANCARIO, LIBRO DE BANCOS	100%	100%	100%	MENSUAL
N° de traslados bancarios realizados / N° total de traslados bancarios necesarios	LIBRO DE BANCOS , EXTRACTO BANCARIO	100%	100%	100%	MENSUAL
(Pagos Realizados/Compromisos presupuestales que se radican)* 100	SOPORTE DE PAGO EN LA CUENTA , EXTRACTO BANCARIO, CONCILIACION BANCARIA	100%	100%	100%	MENSUAL
N° de pagos verificados / N° total de pagos realizados	CUENTA RADICADA EN FINANCIERA	100%	100%	100%	MENSUAL

N° de ingresos reportados / N° de ingresos mensuales	EJECUCION DE INGRESOS / CONCILIACION BANCARIA	100%	100%	100%	MENSUAL
N° de ingresos mensuales reportados en el software / N° de ingresos mensuales identificadas	EJECUCION PRESUPUESTAL DE INGRESOS	100%	100%	100%	MENSUAL
Conciliación bancaria entregada a contador	Software	100%	100%	100%	MENSUAL
Informe presentado al comité de sostenibilidad contable	Acta del comité de sostenibilidad contable	1	3	12	MENSUAL
ingresos totales recaudados/gastos comprometidos	EJECUCIONES PRESUPUESTALES DE INGRESOS Y GASTOS	NA	NA	>= 1	MENSUAL
Informe presentado al comité de sostenibilidad contable	Acta del comité de sostenibilidad contable	1	3	12	MENSUAL
numero de informes presentados oportunamente del área de tesorería /numero total de informes requeridos del área de tesorería	INFORMES PRESENTADOS	NA	1	4	MENSUAL

Anteproyecto y proyecto presentados para aprobación	Anteproyecto y proyecto documentado	NA	NA	1	ANUAL
Presupuesto aprobado por CONFIS y junta directiva	ACUERDO APROBADO	NA	NA	1	ANUAL
	METAS CUMPLIDAS				

	PORCENTAJE EJECUCION ANUAL			#REF!



FECHA ELABORACION			2/4/2021		ELABORÓ:
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	PLAN	METAS QUE DAN CUMPLIMIENTO AL PLAN	NOMBRE DEL INDICADOR
			Elaborar e implementar el proceso de cartera y gestión de cobro para la empresa	Actualizar y documentar los procesos y procedimientos del área de cartera	Procesos y procedimientos del área de cartera actualizados
				Implementar los procesos y procedimientos del área de cartera	Proporción de adherencia procedimental
				Mantener actualizado el estado de cartera de cada entidad responsable de pago	ESTADO DE CARTERA
				Adelantar permanentemente la conciliación de saldos de cartera para garantizar la consistencia de la información	CONCILIACIONES
				Invitar a las Eps a cancelar su obligaciones de manera voluntaria y oportuna	CUENTAS POR COBRAR

DESARROLLO ADMINISTRATIVO	Incrementar el recaudo efectivo de ingresos de la vigencia	Optimizar el proceso de cartera, recurriendo a estrategias que aumenten la eficiencia del recaudo efectivo de la empresa, dando cumplimiento a la normativa vigente y propendiendo por que las Empresas Responsables de Pago (ERP) estén al día con sus obligaciones.		Velar por el equilibrio presupuestal	Resultado de equilibrio presupuestal con recaudo
			Trabajar articuladamente con áreas de tesorería, presupuesto, facturación y auditora medica.	Adelantar reuniones con las areas que intervengan el el recaudo de cartera.	ASISTENCIA
			Plan de cumplimiento de obligaciones de la E.S.E para con lo entes de control y vigilancia	Presentar los informes correspondientes a la area de cartera de acuerdo a la legislacion vigente	INFORMES OPORTUNOS
				Clasificar la cartera por edades para implementar acciones de acuerdo al riesgo	CLASIFICACION RIESGO DE CARTERA

			Plan de Optimización de la gestión de cobro aplicando los mecanismos legales para garantizar el recaudo	acuerdo al riesgo	Implementar acciones de recaudo de acuerdo al riesgo
				Recuperar la cartera vencida y crear conciencia a las EPS del servicio que les presta la empresa	RECUPERACION DE CARTERA
				Gestionar la disminución de la cartera mayor a 180 días	PORCENTAJE DE CARTERA
				Medir los días que tarda la Empresa en cobrar a sus clientes	ROTACION DE CARTERA
METAS PROGRAMADAS		12			

FORMATO

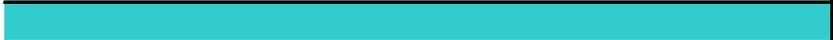
PLAN OPERATIVO POR ÁREA

AREA DE CARTERA						
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2021						
MÓNCA LIZETH FLÓREZ ACEVDO	FECHA DE APROBACION			APROBADO POR		
FORMULA	FUENTE	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	EJECUCION ESPERADA MOMENTO SEGUIMIENTO
Documento de Procesos y procedimientos del área de cartera actualizados	Procesos y procedimiento actualizado	NA	1	1	TRIMESTRAL	
N° de procedimientos en adherencia / N° total de procedimientos	Informe de auditorías	100%	100%	100%	SEMESTRAL	
ERP con estado de cartera actualizado / Total de ERP con deudas a favor de la E.S.E	CNT y Excel de cartera 2021	100%	100%	100%	MENSUAL	
Número de citas asistidas / Número total de citas agendadas	Actas de las conciliaciones	100%	100%	100%	MENSUAL	
Total recaudo efectivo de la vigencia/Total reconocimiento de la vigencia	excel de cartera y correos enviados a las EPS	5%	15%	60%	ANUAL	

Ingresos totales recaudados (incluye cuentas por cobrar) / valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación	Actas de comité de sostenibilidad Contable y correos enviados a la Gerencia y Subgerencia.	NA	NA	≥ 1	ANUAL	
N° Reuniones asistidas / N° Reuniones agendadas	Actas de reunión	1	3	11	ANUAL	
N° de informes presentados oportunamente / N° total de informes a presentar	cargue en las diferentes plataformas	100%	100%	100%	TRIMESTRAL	
Cartera Riesgo Bajo: cartera menor a 180 días. Cartera Riesgo Medio: la cartera se concentre en edades mayores a 181 días e inferiores a 360 días. Cartera Riesgo Alto: la cartera mayor a 361 días.	Clasificación de la cartera y procedimientos para cobro de acuerdo a su nivel de riesgo	1	3	12	ANUAL	

N° de acciones planeadas e implementadas de acuerdo al riesgo de cartera por edades / Total de acciones planeadas de acuerdo al riesgo por edades de cartera	Informe de auditorías	NA	NA	80%	SEMESTRAL	
Valor total recuperado / Valor total de la cartera	Excel de cartera 2021 y Excel de Recaudo	5%	15%	60%	ANUAL	
Total cartera mayor a 180 días (entrega a oficina de jurídica) / total cartera	Excel de cartera 2021 y listado de EPS entregado al Asesor jurídico	4%	13%	50%	TRIMESTRAL	
(cuentas por cobrar x 360)/ Ventas	Excel de cartera 2021	NA	NA	180	ANUAL	
METAS CUMPLIDAS						

	VERSION: 1
	CODIGO: F-DE-PE-007
	FECHA: 26/01/2021



GERENCIA

EJECUCION REAL	CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES Y / O RECOMENDACIONES

36%

PORCENTAJE EJECUCION ANUAL			

44%

229



FECHA ELABORACION					ELABORÓ:
LINEA ESTRATEGICA (Plan de desarrollo)	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO (De su plan de gestión)	PLAN (Como va a cumplir el objetivo, cada objetivo debe tener como minimo 2 planes)	METAS QUE DAN CUMPLIMIENTO AL PLAN (Minimo 2 por plan- se pueden incluir productos)	NOMBRE DEL INDICADOR (Mide la meta)
Desarrollo administrativo	Mejorar el sistema de informacion de la página web	Apoyar la elaboracion de piezas publicitarias para la promoción de Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyaca a través de la pagina WEB	Plan de diseño y diagramación de las piezas publicitarias que se publican en la entidad	Apoyar el diseño de todas las piezas publicitarias que genera la entidad	Diseño de piezas publicitarias
				Gestionar la aprobación de todas las piezas publicitarias a gerencia y/o subgerencias	Aprobacion de piezas publicitarias
Desarrollo administrativo	Fortalecer el programa de informacion y atencion al usuario	Promover la imagen de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyaca a través de un plan de	Planificacion del Programa "2021 año de retos para la salud mental"	Presentar el plan mensual del programa para aprobación de gerencia	Plan aprobado
				Un programa de educación en salud mental dirigido a la comunidad	cumplimiento
		Promover los servicios de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá	Diseñar y diagramar portafolio de servicios	Diseñar un portafolio de servicios para pagina web institucional	Portafolio de servicios interactivo
				Diseñar un portafolio de servicios físico	Portafolio de servicios interactivo

Desarrollo administrativo	Estructurar e implementar proceso institucional de mercadeo de servicios de salud	Propender por la divulgación de la información de la E.S.E para con los grupos de valor	CRIB te cuenta	Apoyar la presentación con las alianzas de usuarios	Presentación con las alianzas de usuarios
				Apoyar la presentación de la rendición de cuentas	Rendición de cuentas
			Plan de comunicación externo	redes sociales	Alcance en redes sociales
				Presentar el plan de medios	Plan de medios documentado
				Presentar plan de comunicaciones interna	Plan de comunicaciones interna documentado
METAS PROGRAMADAS	11				

FORMATO

PLAN OPERATIVO POR ÁREA

NOMBRE DEL ÁREA: COMUNICACIONES					
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2021					
ANGELA PATRICIA MOLINA MUÑOZ	FECHA DE APROBACION			APROBADO POR	
FORMULA	FUENTE (Hace referencia al documento donde se puede verificar el cumplimiento)	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO (Depende de cada indicador)
Numero de piezas publicitarias diseñadas y diagramadas por comunicaciones / N° total de piezas publicitarias que se publican en página web	pagina web / listado de piezas publicitarias aprobadas y cargadas	100%	100%	100%	TRIMESTRAL
Numero de piezas publicitarias aprobadas por gerencia o subgerencias / N° de piezas publicitarias publicadas en la página web	pagina web / listado de piezas publicitarias aprobadas y cargadas	100%	100%	100%	TRIMESTRAL
Plan del mes siguiente presentado en comité de gestión y desempeño	Acta de comité de gestión y desempeño	1	3	11	MENSUAL
N° de actividades del plan ejecutadas / N° de actividades planeadas	documento	80%	80%	80%	MENSUAL
Portafolio de servicios interactivo	portafolio de servicios en pagina web	NA	NA	2	SEMESTRAL
un portafolio de servicios documentado	documento	NA	NA	2	SEMESTRAL

N° de presentación con alianzas de usuarios apoyadas / N° de reuniones con alianzas de usuarios planeadas	Presentaciones	100%	100%	100%	SEMESTRAL
N° de presentaciones de rendición de cuentas que se apoyaron / N° total de rendiciones de cuentas	Presentaciones	100%	100%	100%	SEMESTRAL
Alcance y comportamiento en redes sociales a los medios de la E.S.E vigencia 2020 / Alcance y comportamiento en redes sociales a los medios de la E.S.E vigencia 2021	Redes sociales de la E.S.E	50%	50%	50%	TRIMESTRAL
Plan de medios documentado y aprobado	documento	NA	1	2	SEMESTRAL
Plan de comunicaciones documentado y aprobado	documento	NA	NA	2	SEMESTRAL
	METAS CUMPLIDAS				



MATRIZ DE PLANIFICACIÓN

FECHA ELABORACION			2/4/2021		ELABORÓ:	CAMILO ANDRES RODRIGUEZ FARFAN
LINEA ESTRATEGICA (Plan de desarrollo)	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO (De su plan de gestión)	PLAN (Como va a cumplir el objetivo, cada objetivo debe tener como minimo 2 planes)	METAS QUE DAN CUMPLIMIENTO AL PLAN (Minimo 2 por plan- se pueden incluir productos)	NOMBRE DEL INDICADOR (Mide la meta)	FORMULA
		Establecer las estrategias y acciones orientadas a implementar la gestión de las Tecnologías de la información	Plan de Gestión de las herramientas metodológicas que propendan por el establecimiento de estrategias que respondan a las necesidades de la E.S.E. y con un enfoque de mejoramiento continuo.	Identificar y caracterizar los servicios y la operación	Cumplimiento PETI fase 1	N° de sesiones lideradas y ejecutadas por el área de sistemas establecidas en el PETI / N° total de sesiones planeadas a desarrollar por el área de sistemas ,respecto al PETI
				Caracterización de usuarios y tendencias tecnológicas	Cumplimiento PETI fase 2	N° de sesiones lideradas y ejecutadas por el área de sistemas establecidas en el PETI / N° total de sesiones planeadas a desarrollar por el área de sistemas ,respecto al PETI
				Identificar mejora y definir estrategia PETI	Cumplimiento PETI fase 3	N° de sesiones lideradas y ejecutadas por el área de sistemas establecidas en el PETI / N° total de sesiones planeadas a desarrollar por el área de sistemas ,respecto al PETI

Plan estrategico de Tecnologías de la Información (PETI)	acorde a las necesidades de La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá de manera que genere valor en cada uno de sus procesos y alineados con las metas y objetivos institucionales.	Plan para la Gestion adecuada y oportuna de la provisión de recursos TI que generan confiabilidad y garanticen que la infraestructura tecnológica de la entidad permita el normal funcionamiento de los procesos.	Presentar PETI	Cumplimiento PETI fase 4	N° de sesiones lideradas y ejecutadas por el área de sistemas establecidas en el PETI / N° total de sesiones planeadas a desarrollar por el área de sistemas ,respecto al PETI
			Elaborar estrategia TI E.S.E CRIB lineamiento MinTic	Creacion Estrategia TI	Estrategia documentada
				Medicion Estrategia TI	N° de lineamientos de la estrategia TI implementados / N° Total de lineamientos TI
			Documentar e implemntar politica de adquisición de hardware y software para la E.S.E	Creacion Politica de adquision de hadware y software	Politica documentada
				Medicion Politica de adquision de hadware y software	N° de necesidades TI donde se implementa la politica de adquisición de hardware y sftware / N° total de necesidades elaboradas por el área de sistemas
Documentar manual de gerencia de la información para la E.S.E.	Creacion de manual de gerencia de la información para la E.S.E.	Manual documentado y aprobado			
Implementar sistema de gestion de documentos electronicos de archivo (SGDEA)	Implementar y articular de manera adecuada la estrategia TI con SIC, SGDEA, Implementación de MSPI para tener dar cabal cumplimiento a los objetivos institucionales.	Implementar y articular de manera adecuada la estrategia TI con SIC, SGDEA	Diagnosticos de hardware y software para implementación del SGDEA Y SIC	Diagnostico SIC, SGDEA	Diagnostico documentado

INFRAESTRUCTURA

Actualizar e implementar el plan anticorrupcion y de atencion al ciudadano	Diseñar, establecer e implementar estrategias y acciones que permitan mejorar los Mecanismos de Atención al Ciudadano, para una Rendición de cuentas adecuada garantizando el acceso a la Información Pública y la transparencia en las actuaciones públicas.	Racionalización de los tramites en el SUIIT	Realizar Racionalización en los tramites requeridos por el SUIIT	Racionalización SUIIT	N° de tramites registrados en SUIIT / N° tramites racionalizados
		Desarrollar actividades que cumplan con los requisitos del Índice de Transparencia y Acceso a la Información. (ITA)	Cumplir con los requisitos establecidos en la matriz de indice de transparencia y acceso a la informacion (ITA)	Requisitos Matriz ITA	N° de subcategorias aplicables a la E.S.E implementadas / N° total de subcategorias aplicables a la E.S.E
		Desarrollar política de Implementación de gobierno digital	Implementar política de gobierno digital MIPG	Creación de política de gobierno digital MIPG	N° de lineamientos de la política de gobierno digital MIPG implementados / N° total de lineamientos de la política de gobierno digital planeados
Implementar el modelo de seguridad y privacidad de la información	Establecer las directrices, lineamientos y medidas organizacionales, técnicas, físicas, legales y culturales para la adecuada gestión de la seguridad y privacidad de la información; enmarcadas en la implementación del MSPI (Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información) definido por el	Plan de documentación e implementación MSPI	Adaptar el MSPI a las necesidades de la E.SE.	Creación Documento MSPI	MSPI documentado para la E.S.E.
				Medición lineamientos MSPI	N° de lineamientos de MSPI implementados en la E.SE. / N° de lineamientos planeados en MSPI
				Medición de acciones MSPI	N° de acciones del plan de seguridad y privacidad de la información en cumplimiento / N° de acciones del plan de seguridad y privacidad de la información

		<p>Gestionar riesgos de Seguridad y Privacidad de la información, Seguridad Digital y Continuidad de la Operación, de acuerdo con los contextos establecidos en la Entidad</p>	<p>Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información 2021</p>	<p>Implementar las acciones del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información 2021</p>	<p>Medición plan de tratamiento de riesgos y seguridad de la información</p>	<p>N° de acciones del plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información 2021 en cumplimiento / N° de acciones del plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información 2021</p>
	<p>Plan de gestión de Tecnologías de Información</p>	<p>Garantizar el adecuado funcionamiento de las tecnologías de información y comunicación (software y hardware) en las diferentes dependencias de la Institución</p>	<p>Aplica a todos a los procesos de la E.S.E. El proceso cubre toda la asistencia técnica requerida por los funcionarios y contratistas para el normal funcionamiento de los equipos de cómputo y el mejor aprovechamiento de los mismos. Adicionalmente, el soporte requerido en eventos que realiza la E.S.E.</p>	<p>Garantizar el soporte técnico a todas las áreas de la E.S.E</p>	<p>Soporte técnico</p>	<p>N° de solicitudes de soporte técnico realizadas en todas las áreas de la E.S.E / N° de soporte técnico solicitadas a las diferentes áreas de la E.S.E</p>
<p>METAS PROGRAMADAS</p>	<p>14</p>					

FORMATO

PLAN OPERATIVO POR ÁREA

ÁREA DE SISTEMAS						
PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2021						
FECHA DE APROBACION			APROBADO POR			
FUENTE (Hace referencia al documento donde se puede verificar el cumplimiento)	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO (Depende de cada indicador)	EJECUCION ESPERADA MOMENTO SEGUIMIENTO	EJECUCION REAL(Que porcentaje va de cumplimiento)
Actas de sesión	100%	100%	100%	TRIMESTRAL		
Actas de sesión	100%	100%	100%	TRIMESTRAL		
Actas de sesión	100%	100%	100%	TRIMESTRAL		

Actas de sesión	100%	100%	100%	TRIMESTRAL		
Documento	NA	NA	1	SEMESTRAL		
Informe auditoría	70%	70%	70%	SEMESTRAL		
Documento	NA	NA	1	TRIMESTRAL		
Informe auditoría / Estudio de necesidad	100%	100%	100%	SEMESTRAL		
Documento	NA	NA	1	ANUAL		
Documento	NA	NA	1	ANUAL		

SUIT	100%	100%	100%	TRIMESTRAL		
Página web	80%	80%	80%	TRIMESTRAL		
Informe de auditoría	80%	80%	80%	TRIMESTRAL		
Documento	NA	NA	1	SEMESTRE		
Informe de auditoría	80%	80%	80%	SEMESTRE		
Informe de auditoría	80%	80%	80%	TRIMESTRAL		

Informe de auditoría	80%	80%	80%	TRIMESTRAL		
Bitacora de solicitudes de mantenimiento	80%	80%	80%	MENSUAL		
METAS CUMPLIDAS						PORCENTAJE ANUAL

	VERSION: 1
	CODIGO: F-DE-PE-007
	FECHA: 26/01/2021

GERENCIA

CUMPLIMIEN TO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES Y / O RECOMENDACIONES

E EJECUCION JAL		#REF!



MATRIZ DE PLANIFICACIÓN

FECHA ELABORACION			2/4/2021		ELABORÓ:	KAROL CORONADO
LINEA ESTRATEGICA (Plan de desarrollo)	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO (De su plan de gestión)	PLAN (Como va a cumplir el objetivo, cada objetivo debe tener como minimo 2 planes)	METAS QUE DAN CUMPLIMIENTO AL PLAN (Minimo 2 por plan- se pueden incluir productos)	NOMBRE DEL INDICADOR (Mide la meta)	FORMULA
			Diseño e implementación de política de Seguridad y Salud en el trabajo vigencia 2021	Socialización de Política de seguridad y salud en el trabajo con el COPASST y aprobación de la política de seguridad y salud en el trabajo por parte de la Gerencia.	Cumplimiento	Política aprobada y Fechada
				Publicación de la política de seguridad y salud en el trabajo en las diferentes áreas de la E.S.E CRIB donde se tenga presencia de personal.	Cumplimiento	Política Publicada
				Divulgación y evaluación de la política de seguridad y salud en el trabajo a los colaboradores E.S.E CRIB.	Cumplimiento	N° de colaboradores evaluados de la E.S.E CRIB / N° de colaboradores de la E.S.E. CRIB *100
			Seguimiento a la ejecución de la política de seguridad y salud en el trabajo para la vigencia 2021	Auditoria por parte de la Gerencia al cumplimiento de los objetivos de la política de seguridad y salud en el trabajo	Cumplimiento	Política de seguridad y salud en el trabajo auditada
				Auditoria por parte de la ARL y el ministerio del trabajo al cumplimiento de los objetivos de la política de seguridad y salud en el trabajo	Cumplimiento	Política de seguridad y salud en el trabajo auditada

	Validación de Matriz de Perfil Socio demografico	Cumplimiento	Matriz de Perfil sociodemografico actualizada
Revisión y actualización de la Matriz para realizar perfiles sociodemograficos del personal vicado laboralmente con la Empresa Social del Estado Centro Integral de Rehabilitacion dce Boyacá	Revisión y actualización de formato, aplicación de Encuesta perfil socio demografico a los trabajadores de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá	Cumplimiento	N° de trabajadores que respondieron la encuesta de la E.S.E CRIB / N° de trabajadores de la E.S.E. CRIB *100
	Alimentacion de matriz de perfil sociodemografico y diagnostico e interpretación de la información recolectada.	Seguimiento	Consolidado de todas las encuestas de perfil sociodemografico en la matriz
Revisión reglament	Revisión y Socialización del Reglamento interno del trabajo con todo el personal de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación integral de Boyacá	Cumplimiento	Reglamento aprobado y firmado por todas las partes interesadas
	Publicación del reglamento interno del trabajo en los diferentes lugares donde se tenga presencia	Cumplimiento	Publicación del reglamento interno del trabajo publicado en las carteleras institucionales en las diferentes areas de trabajo donde se tenga presencia de personal
Revisión, actualización y Socialización reglamento de Higiene y seguridad industrial con el COPAAST	Revisión, aprobación y Publicación del reglamento de higiene y seguridad industrial	Cumplimiento	Reglamento aprobado y publicado
	Divulgacion del reglamento de higiene y seguridad insdustrial	Seguimiento	N° de trabajadores que conocen el RHYSI de la E.S.E CRIB / N° total de trabajadores de la E.S.E. CRIB *100

Diseñar y actualizar subprogramas del sistema de gestión de seguridad v

de seguridad y salud en el trabajo para establecer los lineamientos y parámetros a seguir en la implementación del SG-SST para alcanzar las metas propuestas.

	Revisión y aprobación del programa de Inducción y reinducción de SST de personal de la empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá.	Cumplimiento	Programa de inducción y Reinducción aprobado y firmado
Diseño programa de Inducción, reinducción de personal de SST	Cronograma de inducciones y Reinducciones	Seguimiento	N° total de inducciones y reinducciones realizadas / N° total de inducciones y reinducciones programadas *100
Diseño programa de capacitación y entrenamiento de seguridad y salud en el trabajo	Cronograma de Capacitaciones de SST&GA	Seguimiento	N° total de capacitaciones realizadas / N° total de capacitaciones programadas *100
	Diseño matriz seguimiento de ausentismo Laboral	Cumplimiento	Matriz de seguimiento del ausentismo laboral aprobada y firmada
Diseño programa de medicina preventiva	Manejo de historias clínicas autorización (carta de manejo de historias clínicas de la IPS responsable de realizar los exámenes ocupacionales)	Cumplimiento	Carta de IPS contratada frente al manejo de las historias Clínicas
	Articulación de profesiograma con el manual de funciones de los diferentes perfiles laborales con los que cuenta la Empresa Social del Estado Centro de rehabilitación Integral de Boyacá	Cumplimiento	Manual de Funciones con los respectivos exámenes médicos según perfil laboral.
Diseño programa de seguridad Industrial	Diseño y aprobación del programa de seguridad industrial	Cumplimiento	Diseño y aprobación del programa de seguridad industrial

Realizar la gestion

Diseño programa de trabajo seguro en alturas	Diseño y aprobación del programa del programa de trabajo Seguro en alturas	Cumplimiento	Diseño y aprobación del programa de trabajo seguro en alturas.
Diseño manual de gestión de contratistas, subcontratistas y proveedores	Diseño y aprobación del manual de gestión de contratistas, subcontratistas y proveedores	Cumplimiento	Diseño y aprobación del manual de gestión de contratistas, subcontratistas y proveedores
Diseño programa de Higiene Industrial	Diseño y aprobación del programa de Higiene Industrial	Cumplimiento	Diseño programa de Higiene Industrial
Revisión y actualización de Plan Hospitalario de Emergencias	Revisión y aprobación del Plan Hospitalario de emergencias	Cumplimiento	Revisión y aprobación del Plan Hospitalario de emergencias
Revisión programa de auditoria	Revisión y aprobación del programa auditoria del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	Cumplimiento	Revisión y aprobación del programa auditoria del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo
Diseño programa de gestión del cambio	Diseño y aprobación del programa de gestión del cambio	Cumplimiento	Diseño y aprobación del programa de gestión del cambio
Actualización Matriz de Identificación de peligros , evaluación y valoración de los riesgos	Revisión de Matriz de identificación de Peligros, evaluación y valoración de peligros	Cumplimiento	Matriz Actualizada
	Participación de los trabajadores de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá	Cumplimiento	N° total de formatos de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos diligenciados / N° total de trabajadores de la E.S.E CRIB * 100

Desarrollo Administrativo	Integral del plan de SST	Implementar actividades de promoción y prevención de los diferentes peligros y riesgos identificados en la aplicación de los
---------------------------	--------------------------	--

Seguimiento ausentismo laboral	Diligenciamiento de matriz de ausentismo laboral	Cumplimiento	Consolidado en la matriz de ausentismo Laboral
Programa de inspecciones de seguridad	Cronograma de inspecciones de seguridad	Seguimiento	N° total de inspecciones realizadas / N° total de inspecciones planeadas * 100
Trabajo seguro en alturas	Validación certificado en alturas, inspección de equipo, análisis de trabajo seguro, firma de permiso de trabajo.	Cumplimiento	Revisión de todos los requisitos antes de inicio de actividades.
Implementación de manual de subcontratistas	Socialización de manual de subcontratistas, contratistas y visitantes, aplicación de evaluaciones iniciales, seguimiento al cumplimiento del manual.	Cumplimiento	N° de contratistas capacitados en el manual / N° total de contratistas
			N° de evaluaciones de estándares mínimos de contratistas / N° total de contratistas
Implementación del programa de higiene industrial	Aplicación Bateria para prevención del riesgo Psicosocial	Cumplimiento	N° total de batería de riesgo psicosocial aplicadas / N° total de trabajadores de la E.S.E CRIB * 100
	Implementación de actividades de intervención según el diagnóstico del Psicólogo laboral frente a la aplicación de riesgo psicosocial.	Cumplimiento	N° total de actividades ejecutadas / N° total de Actividades Planeadas * 100
	Aplicación de actividades para el fomento de ambientes laborales saludables.	Cumplimiento	N° total de actividades ejecutadas / N° total de Actividades Planeadas * 100
	Inspecciones de puesto de trabajo con énfasis en riesgo ergonómico	Cumplimiento	N° total de inspecciones realizadas / N° total de puestos de trabajo * 100

<p>subprogramas del sistema de gestión de seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST), mejorando la calidad en las diferentes áreas de trabajo donde se llevan a cabo los procesos productivos de la institución donde se requiere la interacción del personal.</p>		Adecuación de puestos según recomendaciones emitidas por el ergonomo en las inspecciones	Cumplimiento	N° total de puestos de trabajo adecuados según recomendaciones ergonómicas / N° total de puestos de trabajo inspeccionados * 100	
	<p>Actualización e implementación del Programa de Reporte e investigación de AT, IT y EL</p>		Socialización del Programa de Reporte e investigación de AT, IT y EL con el COPASST	Cumplimiento	Acta de reunion de COPASST especificando la socialización del programa de reporte e investigación de AT, IT y EL
			Diligenciamiento de reportes de AT, IT y EL, investigación de AT, IT y EL, diligenciamiento Matriz de accidentalidad.	Cumplimiento	N° de accidentes de trabajo en funcionarios en la vigencia/Total de trabajadores (funcionarios) N° de accidentes de trabajo en colaboradores en la vigencia/Total de colaboradores
			Implementación de acciones correctivas y preventivas identificadas en las investigación de AT, IT y EL	Cumplimiento	N° total de lecciones aprendidas aplicadas / N° total de lecciones aprendidas propuestas * 100
			Socialización del Plan hospitalario de emergencias con todo la población trabajadora de la E.S.E CRIB	Cumplimiento	N° total de trabajadores a lo que se les socializa el plan hospitalario de emergencias / N° total detrabajadores de la E.S.E CRIB * 100

	Implementación Plan Hospitalario de Emergencias	Consolidación de la Brigada de Emergencia de la E.S.E CRIB	Cumplimiento	Acta de consolidación y programad de formación de la brigada de emergencias.
		Simulacros de emergencias	Cumplimiento	N° total de simulacros realizados / N° total simulacros planeados * 100
		Inspecciones de camillas botiquines y extintores en todas las areas de la E.S.E CRIB	Cumplimiento	N° total de inspecciones realizadas / N° total de inspecciones planeadas * 100
	Implementación programa de auditoria	Establecer periodicidad de las auditorias internas del SG-SST	Cumplimiento	N° total de auditorias realizadas / N° total de auditorias planeadas * 100
		Seguimiento a los hallazgos encontrados	Cumplimiento	N° total de hallazgos gestionados / N° total de hallazgos reportados * 100
	Identificar alteraciones y riesgos para la salud de los trabajadores a través de los exámenes médicos, clínicos y paraclínicos para admisión, ubicación según aptitudes, periódicos ocupacionales	Implementación Sistema de vigilancia Epidemiologica de os trabajadores de la E.S:E CRIB	Digitación Matriz de Exámenes ocupaciones	Cumplimiento
Diagnostico Condiciones de Salud por parte de la IPS contratada			Cumplimiento	Informe de condiciones de Salud entregado por la IPS
Seguimiento a las restricciones y recomendaciones de los exámenes medicos.			Cumplimiento	N° de funcionarios a los que se les entregó el examen ocupacional / N° total de funcionarios

		ocupacionales, cambios de ocupación, reingreso al trabajo, retiro y otras situaciones.		Implementación de actividades de promoción y prevención de la salud de los trabajadores según el diagnóstico de las condiciones de salud de los trabajadores de la E.S.E CRIB	Cumplimiento	N° de Actividades de promoción y prevención ejecutadas / N° de Actividades de promoción y prevención planeadas * 100%
		Aplicar los indicadores de estructura, proceso y resultado del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST), para generar un proceso de mejora continua del sistema	Aplicación de indicadores de estructura, proceso y resultado	Establecer fichas técnicas de indicadores de estructura, proceso y resultado	Cumplimiento	Formato de ficha técnica cumpliendo los parámetros exigidos legalmente.
				Auditoria de cumplimiento de indicadores	Cumplimiento	N° total de auditorias realizadas / N° total de auditorias planeadas * 100
		Elaborar y mantener actualizadas las estadísticas de morbilidad y mortalidad de los trabajadores e investigar las posibles relaciones con sus actividades.	Consolidado de matriz de AT,IT y EL, Consolidado de matriz ausentismo Laboral	Seguimiento de indicadores de frecuencia, prevalencia, incidencia, morbilidad, y mortalidad de la matriz de AT, IT y EL	Cumplimiento	N° total de siniestros reportados en la matriz / N° total de siniestros ocurridos * 100
				Seguimiento de indicadores de frecuencia, prevalencia, incidencia, morbilidad, y mortalidad de la matriz de ausentismo laboral	Cumplimiento	N° total de ausencias registradas / N° ausencias presentadas * 100
				Informe de interpretación de indicadores	Cumplimiento	Informe de revisión e interpretación de indicadores
METAS PROGRAMADAS			54			

FORMATO

PLAN OPERATIVO POR ARÉA

SGSST						
PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2021						
FECHA DE APROBACION			APROBADO POR			
FUENTE (Hace referencia al documento donde se puede verificar el cumplimiento)	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO (Depende de cada indicador)	EJECUCION ESPERADA MOMENTO SEGUIMIENTO	EJECUCION REAL(Que porcentaje va de cumplimiento)
Documento de la política	NA	1	1	Anual	100%	
Publicacion en carteleras institucionales	NA	1	1	Anual	100%	
Registro formato de evaluación	NA	NA	100%	Anual	100%	
Informe de auditoria por parte de gerencia	NA	NA	1	Anual	100%	
Informe de auditoria por parte de ARL y reporte en la pagina del ministerio del trabajo	NA	NA	1	Anual	100%	

Matriz de perfil sociodemografico	NA	NA	1	Anual	100%	
Formato de encuesta de perfil sociodemografica diligenciada	NA	NA	100%	Anual	100%	
Matriz completamente diligenciada	NA	NA	1	Anual	100%	
Reglamento interno de trabajo	NA	NA	1	Anual	100%	
Publicacion en carteleras institucionales	NA	NA	1	Anual	100%	
Publicacion en carteleras institucionales	NA	NA	1	Anual	100%	
Formato de entrega de documentos legales inherentes al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	NA	NA	100%	Anual	100%	

Programa de inducción y Reinducción aprobado y firmado	NA	NA	1	Anual	100%	
Formato de asistencia a inducción y evaluación de la inducción	NA	25%	100%	Trimestral	100%	
Formato de asistencia a capacitación	NA	NA	100%	Anual	80%	
Matriz de seguimiento de ausentismo laboral	NA	NA	1	Anual	100%	
Carta firmada por el representante legal de la IPS contratada	NA	NA	1	Anual	100%	
Manuales de funciones firmados	NA	NA	1	Anual	100%	
Programa de seguridad industrial aprobado	NA	NA	1	Anual	200%	

Programa de trabajo seguro en alturas aprobado.	NA	NA	1	Anual	300%	
Manual de gestión de contratistas, subcontratistas y proveedores aprobado	NA	NA	1	Anual	400%	
Programa de Higiene Industrial aprobado	NA	NA	1	Anual	500%	
Plan Hospitalario de emergencias aprobado	NA	NA	1	Anual	600%	
Programa de auditoria del sistema integral de gestión del cambio aprobado	NA	NA	1	Anual	700%	
Programa de Gestión del cambio Aprobado	NA	NA	1	Anual	800%	
Matriz Actualizada	NA	NA	1	Anual	100%	
Inclusión de los riesgos identificados en la matriz	NA	NA	100%	Anual	100%	

Matriz diligenciada e interpretada	NA	1	4	Trimestral	100%	
Formato de inspecciones debidamente diligenciado y firmado	8%	25%	100%	Trimestral	70%	
Todos los formatos de inspecciones, ats y permiso diligenciados y formados.	NA	1	4	Trimestral	100%	
Formatos de auditoria y seguimiento al cumplimiento del manual de subcontratistas, contratistas y visitantes	NA	NA	100%	Anual	80%	
	NA	NA	100%	Anual		
Registro de aplicación de batería de riesgo psicosocial	NA	NA	100%	Anual	80%	
Soportes de realización de actividades e informes de las mismas.	NA	20%	80%	Trimestral	50%	
Soportes de realización de actividades e informes de las mismas.	NA	20%	80%	Trimestral	70%	
Informe de ergonomía de los puestos de trabajo inspeccionados	NA	15%	60%	Anual	60%	

Informe de adecuación y entrega de puestos de trabajo dando cumplimiento a las recomendaciones del ergonomo.	NA	NA	>=30%	Anual	40%	
Acta de COPASST con el registro de socialización del programa de reporte e investigación de AT, IT y EL.	NA	NA	1	Anual	100%	
Furat	NA	NA	<= 15%	Trimestral	100%	
Furat	NA	NA	<=30%	Trimestral		
Formato de lección aprendida	NA	25%	100%	Trimestral	80%	
Formato de asistencia a capacitación	NA	NA	100%	Anual	100%	

Soportes firmados	NA	NA	1	Anual	100%	
Formatos e informes de aplicación de simulacros	NA	NA	100%	Anual	100%	
Formatos de inspecciones devidamente diligenciado y firmado	NA	25%	100%	Trimestral	80%	
Informe de auditorias	NA	NA	100%	Anual	100%	
Planes de mejora	NA	NA	100%	Anual	80%	
Informe de consolidado de matriz exámenes ocupacionales	NA	NA	1	Anual	100%	
Informe de condiciones de Salud entregado por la IPS	NA	NA	1	Anual	100%	
Carta de comunicación y entrega de restricciones y recomendaciones de Exámenes medicos ocupacionales.	NA	NA	100%	Anual	100%	

Soportes de ejecución de actividades	NA	NA	100%	Anual	80%	
Fichas técnicas de indicadores firmadas	NA	NA	1	Anual	100%	
Informe de auditoría de indicadores	NA	NA	100%	Anual	100%	
Graficas de indicadores	NA	NA	100%	Anual	100%	
Graficas de indicadores	NA	NA	100%	Anual	100%	
Informe de interpretación de indicadores	NA	NA	1	Anual	100%	
METAS CUMPLIDAS						PORCENTAJE ANU

	VERSION: 1
	CODIGO: F-DE-PE-007
	FECHA: 26/01/2021

GERENCIA

CUMPLIMIENTO	DIFERENCIA	OBSERVACIONES Y / O RECOMENDACIONES

E EJECUCION JAL	#REF!	



MATRIZ DE

FECHA ELABORACION			2/5/2021		ELABORÓ:	Karol Gyzeth Coronado Mendoza - Asesor SST	
LINEA ESTRATEGICA (Plan de desarrollo)	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO (De su plan de gestión)	PLAN (Como va a cumplir el objetivo, cada objetivo debe tener como minimo 2 planes)	METAS QUE DAN CUMPLIMIENTO AL PLAN (Minimo 2 por plan- se pueden incluir productos)	NOMBRE DEL INDICADOR (Mide la meta)	FORMULA	
			Actualización e implementación de Política de medio ambiente 2021	Socialización de Política de medio Ambiente con el Comité ambiental y aprobación de la política de medio ambiente por parte de la Gerencia.	Cumplimiento	Politica aprobada y Fechada	
				Publicación de la política de medio ambiente en las diferentes areas de la E.S.E CRIB donde se tenga presencia de personal.	Cumplimiento	Politica Publicada	
				Divulgación y evaluación de la política de medio ambiente a los colaboradores E.S.E CRIB.	Cumplimiento	N° de colaboradores evaluados de la E.S.E CRIB / N° de colaboradores de la E.S.E. CRIB *100	
				Seguimiento a la ejecución de la política de seguridad	Auditoria por parte de la Gerencia al cumplimiento de la	Cumplimiento	Politica ambiental auditada
					Descripción de las diferentes areas de la institución	Cumplimiento	Documento con la descripción de las diferentes areas de la institución.

Desarrollo Administrativo	Mantener reconocimiento ambiental de hospital sostenible	Fomentar la autogestión ambiental de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, de manera que continúen trabajando en el mejoramiento de su desempeño ambiental y motiven a toda la población trabajadora a involucrar la gestión ambiental en la ejecución de sus actividades diarias.	Diagnostico condiciones ambientales del entorno	Determinar las condiciones ambientales de la institución como: consumo de agua, vertimientos, consumo de energía, manejo integral de residuos, consumo de papel, residuos de aparatos Electricos y electrónicos (RAEE's), Residuos Hospitalarios	Cumplimiento	Informe de condiciones ambientales de la institución
			Matriz de impactos ambientales	Establecer metodología de desarrollo de aspectos e impactos ambientales	Cumplimiento	Documento metodológico para desarrollo de Matriz de aspectos e impactos ambientales.
				Desarrollo de matriz de aspectos e impactos ambientales.	Cumplimiento	Matriz de de aspectos e impactos ambientales
			Objetivos ambientales	Establecer los objetivos en materia ambiental de la institución para la vigencia de 2021	Cumplimiento	Documentos de objetivos en plan ambiental para la institución
			Subprogramas de la gestión ambiental	Programas De Gestión Para Ahorro Y Uso Eficiente De Agua	Seguimiento	Actividades ejecutadas / actividades Programadas * 100%
				Programas De Gestión Para Ahorro Y Uso Eficiente De Energía	Seguimiento	Actividades ejecutadas / actividades Programadas * 100%
				Programas De Gestión De Consumo Sostenibles	Seguimiento	Actividades ejecutadas / actividades Programadas * 100%
				Programas De Gestión De Implementación De Prácticas sostenibles	Seguimiento	Actividades ejecutadas / actividades Programadas * 100%
				Auditoria de control interno	Cumplimiento	Sistema de gestión ambiental auditado

			Aditoria y seguimiento	Plan de mejora	Cumplimiento	Plan de acción para mejora de los hallazgos encontrados en la auditoria.
METAS PROGRAMADAS		15				

FORMATO

PLAN OPERATIVO POR ARÉA

GESTION AMBIENTAL						
PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2021						
FECHA DE APROBACION			APROBADO POR			
FUENTE (Hace referencia al documento donde se puede verificar el cumplimiento)	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO (Depende de cada indicador)	EJECUCION ESPERADA MOMENTO SEGUIMIENTO	EJECUCION REAL (Que porcentaje va de cumplimiento)
Documento de la política	NA	NA	1	Anual	100%	
Publicacion en carteleras institucionales	NA	NA	1	Anual	100%	
Registro formato de evaluación	NA	NA	100%	Anual	100%	
Informe de auditoria por parte de gerencia	NA	NA	1	Anual	100%	
Descripción de areas de la institución	NA	NA	1	Anual	100%	

Informe de condiciones ambientales de la institución	NA	NA	1	Anual	100%	
Entrega de Metodología	NA	NA	1	Anual	100%	
Matriz firmada y aprobada	NA	NA	1	Anual	100%	
Objetivos aprobados por el comité ambiental y la gerencia	NA	NA	1	Anual	100%	
Informe de mejoras en la implementación del programa	NA	25%	100%	Trimestral	100%	
Informe de mejoras en la implementación del programa	NA	25%	100%	Trimestral	100%	
Informe de mejoras en la implementación del programa	NA	25%	100%	Trimestral	80%	
Informe de mejoras en la implementación del programa	NA	25%	100%	Trimestral	100%	
Informe de auditoria	NA	NA	2	Anual	100%	

Informe de acciones de mejora ejecutas.	NA	NA	2	Anual	100%	
METAS CUMPLIDAS						PORCENTAJE ANU

E EJECUCION JAL	#REF!	