



# PLAN OPERATIVO ANUAL 2018

VERSION: 1  
 CODIGO: DE-PE-F02  
 FECHA: 02/02/2017

## SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

0%

|   | 1ER AVANCE | 2DO AVANCE | 3ER AVANCE | AVANCE TOTAL |
|---|------------|------------|------------|--------------|
| <a href="#">Almacen</a>                             | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |
| <a href="#">Juridica</a>                            | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |
| <a href="#">Sistemas</a>                            | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |
| <a href="#">Recursos Humano</a>                     | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |
| <a href="#">Mantenimiento e infraestructura</a>     | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |
| <a href="#">Gestión Administrativa y Financiera</a> | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |
| <a href="#">Gestion Documental</a>                  | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |
| <a href="#">Hospital Sotenible</a>                  | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |
| <a href="#">Seguridad y salud</a>                   | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |

[METAS PROGRAMADAS](#) 39

[METAS CUMPLIDAS](#) 0

## SUBGERENCIA CIENTIFICA

0%

|   | 1ER AVANCE | 2DO AVANCE | 3ER AVANCE | AVANCE TOTAL |
|---|------------|------------|------------|--------------|
| <a href="#">Hospitalización</a>               | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |
| <a href="#">Referencia y Contrareferencia</a> | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |
| <a href="#">Consulta externa</a>              | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |
| <a href="#">Apoyo Diagnostico</a>             | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |
| <a href="#">Complementacion Terapeutica</a>   | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |
| <a href="#">Calidad</a>                       | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |
| <a href="#">Farmacia</a>                      | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |
| <a href="#">SIAU</a>                          | 0%         | 0%         | 0%         | 0%           |

[METAS PROGRAMADAS](#) 74

[METAS CUMPLIDAS](#) 0

## GESTION DE EJECUCION CUMPLIMIENTO ANUAL

0%

|             |    |
|-------------|----|
| TOTAL POAS: | 17 |
| SAF:        | 9  |
| SGC:        | 8  |



## FORMATO

VERSION: 2

### PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENICA 2018

CODIGO: DE-PL-F02

FECHA: 04/02/2018

## HOSPITALIZACION

| MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018 |   |            |                 |  |   | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |             |                       |             | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |             |
|--|---|------------|-----------------|--|---|-------------------------|-------------|--------|-------------|-----------------------|-------------|----------------------|-----------|-----------|-------------|
| PERSPECTIVA  | META  | LINEA BASE | PROCESO         | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES  | INDICADOR / FÓRMULA   | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2 | META 3                | RESULTADO 3 | AVANCE 1             | AVANCE 2  | AVANCE 3  | AVANCE META |
| PROCESO  | Cumplimiento del cronograma establecido de los comités institucionales  | 50%        | HOSPITALIZACIÓN | Seguimiento al cumplimiento de los comités aplicables  | No de comités Desarrolladas / No de comités programados x 100   | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                  |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| CLIENTE  | Socialización e implementación del programa de seguridad del paciente REPORTANDO MEJORANDO EN EL CRIB SEGURIDAD GARANTIZANDO          | 0          | HOSPITALIZACIÓN | Desplegar la política y socialización de la misma con todos los funcionarios de la institución           | funcionarios capacitados / total de funcionarios de la entidad *100   | 50%                     |             | 70%    |             | 85%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| CLIENTE  | Adopción e implementación de GPC basadas en evidencia científica para las tres principales causas de atención                         | 0          | HOSPITALIZACIÓN | Documentar las recomendaciones adoptadas por la institución para cada una de las guías adoptadas         | Número de guías implementadas mediante documento de adopción de recomendaciones y socializadas/Total de GPC adoptadas en la ESE *100  | 20%                     |             | 60%    |             | 100%                  |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| CLIENTE  | Evaluación de adherencia a las gpc  | 56%        | HOSPITALIZACIÓN | Evaluar adherencia a GPC mediante muestra de historias clínicas el 5% de historias por cada patología    | Número de historias clínicas con cumplimiento a lo descrito en la guía/ Total de historias clínicas evaluadas (según muestreo establecido por patología)*100  | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                  |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Prestación de servicios de calidad con atención humanizada  | 80%        | HOSPITALIZACIÓN | Aplicar encuestas de satisfacción para conocer la satisfacción del cliente en la prestación del servicio | Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS? / Número de usuarios que respondieron la pregunta *100 | 90%                     |             | 90%    |             | 90%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Cumplimiento de planes de mejora resultado de auditorías internas y externas según área   | 0          | HOSPITALIZACIÓN | Cumplimiento de las actividades de mejora planteadas como acciones correctivas                           | No de acciones de mejora que se cumplieron / Total de acciones establecidas x 100   | 90%                     |             | 90%    |             | 90%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Evaluación de protocolos de prevención de evasiones y Suicidios   | 0          | HOSPITALIZACIÓN | Auditoría de Historias Clínicas de Pacientes con riesgo suicida  | Número de historias clínicas con cumplimiento a lo descrito en el protocolo/ Total de historias clínicas evaluadas*100  | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                  |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Evaluación de protocolos de prevención de evasiones y Suicidios   | 0          | HOSPITALIZACIÓN | Auditoría de Historias Clínicas de Pacientes con de evasión  | Número de historias clínicas con cumplimiento a lo descrito en el protocolo/ Total de historias clínicas evaluadas*100  | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                  |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Adecuada segregación de residuos hospitalarios  | 0          | HOSPITALIZACIÓN | Rondas de seguridad para evaluar adecuada segregación de residuos en el servicio                         | Porcentaje de cumplimiento de listas de chequeo igual o superior al 70%   | 70%                     |             | 80%    |             | 90%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Aumento en el porcentaje de reportes de sucesos de seguridad presentados en el servicio para disminución de los riesgos hospitalarios | 0%         | HOSPITALIZACIÓN | Aumento progresivo de los reportes de sucesos de seguridad que se presentan en el servicio               | Número de reportes de sucesos reportado en el servicio/ Total de reportes institucionales * 100   | 65%                     |             | 65%    |             | 65%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | 100 % de los servicios prestados con historia clínica completa  | 0%         | HOSPITALIZACIÓN | Elaborar las historias clínicas de todas las atenciones completas y con todos los soportes.              | Total de los servicios facturados con historia clínica completa / Total de los servicios facturados*100   | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                  |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Actualizar procedimientos del área de hospitalización aprobados e implementados   | 0          | HOSPITALIZACIÓN | Documentación, aprobación e implementación de procedimientos del área                                    | Procedimientos aprobados e implementados /Total de procedimientos documentados *100   | 60%                     |             | 80%    |             | 100%                  |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| CLIENTE  | Adherencia a prácticas seguras priorizadas que aplican para el servicio   | 0          | HOSPITALIZACIÓN | Evaluar adherencia a prácticas seguras priorizadas   | Porcentaje de cumplimiento de listas de chequeo igual o superior al 70%   | 70%                     |             | 70%    |             | 70%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| <b>METAS PROGRAMADAS</b>                                     | <b>13</b>   |            |                 |  | <b>CUMPLIMIENTO</b>   |                         |             |        |             | <b>METAS CUMPIDAS</b> | <b>0</b>    | <b>0%</b>            | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b>   |





**FORMATO**

**PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENICA 2018**

VERSION: 2  
 CODIGO: DE-PL-F02  
 FECHA: 04/02/2018

**REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

| MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018 |  |            |                               |  |   | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |             |        |             | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |             |
|--|--|------------|-------------------------------|--|---|-------------------------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|----------------------|-----------|-----------|-------------|
| PERSPECTIVA  | META   | LINEA BASE | PROCESO                       | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES  | INDICADOR / FÓRMULA   | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2 | META 3 | RESULTADO 3 | AVANCE 1             | AVANCE 2  | AVANCE 3  | AVANCE META |
| SERVICIOS  | Mantener estandar de respuesta en el servicio de referencia  | 0          | REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | Atender oportunamente las solicitudes de referencia contestadas antes de 6 horas   | Numero de solicitudes contestadas oportunamente/total de solicitudes de referencia                      | 80%                     |             | 80%    |             | 80%    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| SERVICIOS  | Ocupación de pacientes con criterios de ingreso por encima del 90%   | 90%        | REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | Aceptar pacientes remitidos de los diferentes niveles de atención de acuerdo a la capacidad tecnico científica de la institucion | Numero de camas ocupadas por pacientes que cumplen criterios de ingreso/ total de camas habilitadas*100 | 90%                     |             | 90%    |             | 90%    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Evaluación de protocolos de referencia y contrareferencia  | 90%        | REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | Auditoria de tramites realizados por la oficina de referencia  | Numero de tramites auditados que cumplen con el protocolo/ numero de tramites realizados * 100          | 90%                     |             | 90%    |             | 90%    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Cumplimiento de planes de mejora resultado de auditorias internas y externas   | 0          | REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | Cumplimiento de las actividades de mejora planteadas como acciones correctivas   | No de acciones de mejora que se cumplieron / Total de acciones establecidas x 100                       | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores   | 0%         | REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | Realizar seguimiento a la gestión por indicadores  | Número de indicadores reportados / Total de indicadores aplicables x 100                                | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Aumento en el porcentaje de reportes de sucesos de seguridad presentados en el servicio para disminución de los riesgos en referencia y contrareferencia | 0%         | REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | Aumento porgresivo de los reportes de sucesos de seguridad que se presentan en el servicio                                       | Numero de reportes de sucesos reportados en el servicio/ Total de reportes institucionales * 100        | 2%                      |             | 2%     |             | 2%     |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| <b>METAS PROGRAMADA</b>                                      | <b>6</b>   |            |                               |  | <b>CUMPLIMIENTO</b>   |                         |             |        |             |        | <b>0</b>    | <b>0%</b>            | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b>   |
|  |  |            |                               |  |   |                         |             |        |             |        |             |                      |           |           |             |





**FORMATO**

**PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENICA 2018**

VERSION: 2

CODIGO: DE-PL-F02

FECHA: 04/02/2018

**CONSULTA EXTERNA**

| MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018 |  |            |                  |  |   | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |             |                        |             | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |             |
|--|--|------------|------------------|--|---|-------------------------|-------------|--------|-------------|------------------------|-------------|----------------------|-----------|-----------|-------------|
| PERSPECTIVA  | META   | LINEA BASE | PROCESO          | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES  | INDICADOR / FÓRMULA   | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2 | META 3                 | RESULTADO 3 | AVANCE 1             | AVANCE 2  | AVANCE 3  | AVANCE META |
| PROCESO  | Cumplimiento del cronograma establecido de los comités institucionales   | 0          | CONSULTA EXTERNA | Seguimiento al cumplimiento de los comites aplicables  | No de comites Desarrolladas / No de comites programados x 100   | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| CLIENTE  | Socializacion e implementacion del programa de seguridad del paciente REPORTANDO MEJORANDO EN EL CRIB SEGURIDAD GARANTIZANDO                   | 0          | CONSULTA EXTERNA | Desplegar la politica y socializacion de la misma con todos los funcionarios de la institucion           | funcionarios capacitados / total de funcionarios de la entidad *100   | 50%                     |             | 70%    |             | 85%                    |             |                      |           |           |             |
| CLIENTE  | Evaluacion de adherencia a las gpc   | 56%        | HOSPITALIZACIÓN  | Evaluar adherencia a GPC mediante muestra de historias clinicas el 5% de historias por cada patologia    | Numero de historias clinicas con cumplimiento a lo descrito en la guia/ Total de historias clinicas evaluadas (según muestreo establecido por patologia)*100  | 80%                     |             | 80%    |             | 80%                    |             |                      |           |           |             |
| PROCESO  | Prestacion de servicios de calidad con atencion humanizada   | 80%        | CONSULTA EXTERNA | Aplicar encuestas de satisfaccion para conocer la satisfaccion del cliente en la prestacion del servicio | Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaria su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?/ Número de usuarios que respondieron la pregunta*100   | 80%                     |             | 85%    |             | 90%                    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| CLIENTE  | Mantener la oportunidad en la asignacion de cita de medicina especializada en 10 dias  | 10         | CONSULTA EXTERNA | Mantener la oportunidad en la asignacion de cita de medicina especializada a menos de 10 dias            | Sumatoria total de los dias calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita,por cualquier medio, para ser atendido en la consulta especializada y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas de medicina especializada asignadas en la institucion. | 10                      |             | 10     |             | 10                     |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Cumplimiento de planes de mejora resultado de auditorias internas y externas   | 0          | CONSULTA EXTERNA | Cumplimiento de las actividades de mejora planteadas como acciones correctivas                           | No de acciones de mejora que se cumplieron / Total de acciones establecidas x 100   | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores   | 0%         | CONSULTA EXTERNA | Realizar seguimiento a la gestión por indicadores  | Número de indicadores reportados / Total de indicadores aplicables x 100  | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| CLIENTE  | Adherencia a prácticas seguras priorizadas que aplican para el servicio  | 0          | CONSULTA EXTERNA | Evaluar adherencia a practicas seguras priorizadas   | Porcentaje de cumplimiento de listas de chequeo igual o superior al 70%   | 80%                     |             | 80%    |             | 80%                    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Aumento en el porcentaje de reportes de sucesos de seguridad presentados en el servicio para disminucion de los riesgos en la consulta externa | 0%         | CONSULTA EXTERNA | Aumento progresivo de los reportes de sucesos de seguridad que se presentan en el servicio               | Numero de reportes de sucesos reportados en el servicio/ Total de reportes institucionales * 100  | 12%                     |             | 12%    |             | 12%                    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | 100 % de los servicios prestados con historia clinica completa   | 0%         | CONSULTA EXTERNA | Elaborar las historias clinicas de todas las atenciones completas y con todos los soportes.              | Total de los servicios facturados con historia clinica completa / Total de los servicios facturados*100   | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| <b>METAS PROGRAMADA</b>                                      |  | <b>11</b>  |                  |  | <b>CUMPLIMIENTO</b>   |                         |             |        |             | <b>METAS CUMPLIDAS</b> | <b>0</b>    | <b>0%</b>            | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b>   |





**FORMATO**

**PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENICA 2018**

VERSION: 2  
 CODIGO: DE-PL-F02  
 FECHA: 04/02/2018

**APOYO DIAGNOSTICO**

| MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018 |  |            |                   |   |  | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |             |                        |             | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |             |
|--|--|------------|-------------------|---|--|-------------------------|-------------|--------|-------------|------------------------|-------------|----------------------|-----------|-----------|-------------|
| PERSPECTIVA  | META   | LINEA BASE | PROCESO           | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES   | INDICADOR / FÓRMULA  | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2 | META 3                 | RESULTADO 3 | AVANCE 1             | AVANCE 2  | AVANCE 3  | AVANCE META |
| PROCESO  | Cumplimiento del cronograma establecido de los comités institucionales   | 50%        | APOYO DIAGNOSTICO | Seguimiento al cumplimiento de los comités aplicables   | No de comités Desarrolladas / No de comités programados x 100                                    | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Socializacion e implementacion del programa de seguridad del paciente REPORTANDO MEJORANDO EN EL CRIB SEGURIDAD GARANTIZANDO                 | 0          | APOYO DIAGNOSTICO | Desplegar la politica y socializacion de la misma con todos los funcionarios de la institucion            | funcionarios capacitados / total de funcionarios de la entidad *100                              | 50%                     |             | 70%    |             | 85%                    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| CLIENTE  | Aplicación de guía de buena practica de seguridad para la identificación de las muestras en el laboratorio                                   | 0          | APOYO DIAGNOSTICO | Implementar guia de pbuena practica de seguridad para la identificación de las muestras en el laboratorio | Porcentaje de cumplimiento de listas de chequeo  | 50%                     |             | 70%    |             | 90%                    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Cumplimiento de planes de mejora resultado de auditorias internas y externas   | 0          | APOYO DIAGNOSTICO | Cumplimiento de las actividades de mejora planteadas como acciones correctivas                            | No de acciones de mejora que se cumplieron / Total de acciones establecidas x 100                | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores   | 0%         | APOYO DIAGNOSTICO | Realizar seguimiento a la gestión por indicadores   | Número de indicadores reportados / Total de indicadores aplicables x 100                         | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Aumento en el porcentaje de reportes de sucesos de seguridad presentados en el servicio para disminucion de los riesgos en apoyo diagnostico | 0%         | APOYO DIAGNOSTICO | Aumento porgresivo de los reportes de sucesos de seguridad que se presentan en el servicio                | Numero de reportes de sucesos reportados en el servicio/ Total de reportes institucionales * 100 | 2%                      |             | 2%     |             | 2%                     |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Actualizar procedimientos del area de apoyo diagnostico aprobados e implementados  | 0          | APOYO DIAGNOSTICO | Documentacion, aprobacion e implementacion de procedimientos del area                                     | Procedimientos aprobados e implementados /Total de procedimientos documentados *100              | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| CLIENTE  | Adherencia a prácticas seguras priorizadas que aplican para el servicio  | 0          | APOYO DIAGNOSTICO | Evaluar adherencia a practicas seguras priorizadas  | Porcentaje de cumplimiento de listas de chequeo igual o superior al 70%                          | 70%                     |             | 70%    |             | 70%                    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| <b>METAS PROGRAMADAS</b>                                     | <b>9</b>   |            |                   |   | <b>CUMPLIMIENTO</b>  |                         |             |        |             | <b>METAS CUMPLIDAS</b> | <b>0</b>    | <b>0%</b>            | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b>   |





**FORMATO**

VERSION: 2

**PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENCIA 2018**

CODIGO: DE-PL-F02

FECHA: 04/02/2018

**COMPLEMENTACION TERAPEUTICA**

| MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018 |  |            |                     |  |  | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |             |        |             | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |             |           |
|--|--|------------|---------------------|--|--|-------------------------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|----------------------|-----------|-----------|-------------|-----------|
| PERSPECTIVA  | META   | LINEA BASE | PROCESO             | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES  | INDICADOR / FÓRMULA  | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2 | META 3 | RESULTADO 3 | AVANCE 1             | AVANCE 2  | AVANCE 3  | AVANCE META |           |
| PROCESO  | Cumplimiento del cronograma establecido de los comités institucionales   | 50%        | APOYO TERAPEUTICO   | Seguimiento al cumplimiento de los comités aplicables  | No de comites Desarrolladas / No de comites programados x 100  | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Socializacion e implementacion del programa de seguridad del paciente REPORTANDO MEJORANDO EN EL CRIB SEGURIDAD GARANTIZANDO                           | 0          | APOYO TERAPEUTICO   | Desplegar la politica y socializacion de la misma con todos los funcionarios de la institucion   | funcionarios capacitados / total de funcionarios de la entidad *100  | 50%                     |             | 70%    |             | 85%    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| CLIENTE  | Implementacion de programa de rehabilitacion integral del paciente cronico e inimputable   | 0          | APOYO TERAPEUTICO   | Implementacion progresiva de un programa articulado de rehabilitacion del paciente Cronico   | Programa implementado  | 1                       |             | 1      |             | 1      |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Dar a conocer los servicios de complementacion terapeutica en instituciones educativas   | 0          | APOYO TERAPEUTICO   | Reuniones inofrmativas con instituciones educativas  | Numero de reuniones realizadas/Total de reuniones programadas  | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Atencion oportuna de las solicitudes de interconsulta por terapia para el paciente agudo   | 80%        | APOYO TERAPEUTICO   | Realizar valoración e inclusion en las actividades de terapia ocupacional y las demas requeridas por el paciente agudo en menos de 12 horas habiles (sin contar el día sabado) | Numero de respuesta reliazzadas a solicitudes de terapia en menos de 12 horas habiles/numero de solicitudes de valoracion por el servicio de terapia * 100 | 80%                     |             | 85%    |             | 90%    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Cumplimiento de planes de mejora resultado de auditorias internas y externas   | 0          | APOYO TERAPEUTICO   | Cumplimiento de las actividades de mejora planteadas como acciones correctivas   | No de acciones de mejora que se cumplieron / Total de acciones establecidas x 100  | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores   | 0%         | APOYO TERAPEUTICO   | Realizar seguimiento a la gestión por indicadores  | Número de indicadores reportados / Total de indicadores aplicables x 100   | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Aumento en el porcentaje de reportes de sucesos de seguridad presentados en el servicio para disminucion de los riesgos en complementacion terapeutica | 0%         | APOYO TERAPEUTICO   | Aumento porgresivo de los reportes de sucesos de seguridad que se presentan en el servicio   | Numero de reportes de sucesos reportados en el servicio/ Total de reportes institucionales * 100   | 12%                     |             | 12%    |             | 12%    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Actualizar procedimientos del area de apoyo diagnostico aprobados e implementados  | 0          | APOYO TERAPEUTICO   | Documentacion, aprobacion e implementacion de procedimientos del area  | Procedimientos aprobados e implementados /Total de procedimientos documentados *100  | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| CLIENTE  | Adherencia a prácticas seguras prioritizadas que aplican para el servicio  | 0          | APOYO TERAPEUTICO   | Evaluar adherencia a practicas seguras prioritizadas   | Porcentaje de cumplimiento de listas de chequeo igual o superior al 70%  | 70%                     |             | 70%    |             | 70%    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| <b>METAS PROGRAMADAS</b>                                     |  | <b>9</b>   | <b>CUMPLIMIENTO</b> |  |  | <b>METAS CUMPLIDAS</b>  |             |        |             |        |             | <b>0</b>             | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b>   | <b>0%</b> |





**FORMATO**

**PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENICA 2018**

VERSION: 2

CODIGO: DE-PL-F02

FECHA: 04/02/2018

**CALIDAD**

| MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018 |   |            |         |  |   | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |             |        |             | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |             |           |
|--|---|------------|---------|--|---|-------------------------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|----------------------|-----------|-----------|-------------|-----------|
| PERSPECTIVA  | META  | LINEA BASE | PROCESO | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES  | INDICADOR / FÓRMULA   | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2 | META 3 | RESULTADO 3 | AVANCE 1             | AVANCE 2  | AVANCE 3  | AVANCE META |           |
| PROCESO  | Formulacion del programa de auditoria para mejoramiento de la calidad   | 1          | CALIDAD | Realizar mediante la ruta critica la formulacion del PAMEC vigencia 2017   | Concepto Favorable emitido por secretaria de salud  | 1                       |             | 1      |             | 1      |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Socializacion del PAMEC   | 0          | CALIDAD | Realizar socializacion y entrega de responsabilidad a las diferentes dependencias de la ESE para el cumplimiento del 100% de las actividades planteadas en el PAMEC vigencia 2017      | Numero de tareas entregadas/Total de tareas planteadas*100  | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Ejecucion planes de mejora del PAMEC  | >=90%      | CALIDAD | Implementar el Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC)  | Número de acciones de mejora ejecutadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria. | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Evaluacion y seguimiento a plan de mejoramiento PAMEC   | >=90%      | CALIDAD | Evaluar el cumplimiento del Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC)   | Número de acciones de mejora evaluadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria.  | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Cerrar los incumplimientos de la visita de habilitacion de la vigencia 2015 requisitos del Sistema unico de habilitacion.R/ 2003 de 2014.   | 0          | CALIDAD | Realizar los procedimientos necesarios para subsanar lo incumplimientos con base en los requisitos del Sistema unico de habilitacion.R/ 2003 de 2014 de la visita realizada en el 2015 | Numero de incumplimientos subsanados / Total de incumplimientos descritos en el acta *100   | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Cumplimiento de rondas de seguridad para evaluacion de las buenas practicas de seguridad del paciente priorizadas en la IPS                 | 0%         | CALIDAD | Realizar rondas de seguridad mensual para verificar el cumplimiento de las buenas practicas de seguridad del paciente priorizadas  | Numero de rondas realizadas/ Total de rondas programadas * 100  | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Adopcion e implementacion de GPC basadas en evidencia cientifica de acuerdo a las patologias de mayor frecuencia en los servicios de la ESE | 0%         | CALIDAD | Realizar con el personal asistencial la metodologia para la adopcion, implementacion y evaluacion de GPC basadas en evidencia cientifica   | Numero de GPC adoptadas, implementadas y evaluadas/ Total de GPC aplicables a la IPS  | 25%                     |             | 50%    |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Cumplimiento de planes de mejora resultado de auditorias internas y externas  | 0          | CALIDAD | Cumplimiento de las actividades de mejora planteadas como acciones correctivas   | No de acciones de mejora que se cumplieron / Total de acciones establecidas x 100   | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores  | 0%         | CALIDAD | Realizar seguimiento a la gestión por indicadores  | Número de indicadores reportados / Total de indicadores aplicables x 100  | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Actualizar procedimientos del calidad aprobados e implementados   | 0          | CALIDAD | Documentacion, aprobacion e implementacion de procedimientos del area  | Procedimientos aprobados e implementados / Total de procedimientos documentados *100  | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| <b>METAS PROGRAMADA</b>                                      |   | <b>10</b>  |         |  | <b>CUMPLIMIENTO</b>   |                         |             |        |             |        |             | <b>0</b>             | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b>   | <b>0%</b> |





**FORMATO**

VERSION: 2

**PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENICA 2018**

CODIGO: DE-PL-F02

FECHA: 04/02/2018

**SERVICIO FARMACEUTICO**

| MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018 |   |            |                       |  |  | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |             |        |             | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |             |           |
|--|---|------------|-----------------------|--|--|-------------------------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|----------------------|-----------|-----------|-------------|-----------|
| PERSPECTIVA  | META  | LINEA BASE | PROCESO               | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES  | INDICADOR / FÓRMULA  | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2 | META 3 | RESULTADO 3 | AVANCE 1             | AVANCE 2  | AVANCE 3  | AVANCE META |           |
| PROCESO  | Promedio de cumplimiento de implementación de comités institucionales   | >= 90%     | SERVICIO FARMACEUTICO | Seguimiento al cumplimiento de los comités aplicables  | No de comites Desarrolladas / No de comites programados x 100                                    | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| CLIENTE  | Promedio de cumplimiento de implementación de programas farmacovigilancia y tecnovigilancia   | >= 90%     | SERVICIO FARMACEUTICO | Seguimiento al cumplimiento de los programas aplicables (FARMACOVIGILANCIA TECNNOVIGILANCIA) | Numero de alertas socializadas / Total de alertas emitidas en el mes*100                         | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Garantizar un stock minimo de todos los medicamentos  | >=80%      | SERVICIO FARMACEUTICO | Seguimiento al kardex de medicamentos  | Inventarios realizados/Numero de inventarios programados*100                                     | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Garantizar dispensacion de medicamentos para pacientes agudos en la ESE   | >=70%      | SERVICIO FARMACEUTICO | Despachar el total de medicamentos solicitados para los pacientes hospitalizados             | Numero de medicamentos despachados/Numero de medicamentos formulados *100                        | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Cumplimiento de planes de mejora resultado de auditorias internas y externas  | 0          | SERVICIO FARMACEUTICO | Cumplimiento de las actividades de mejora planteadas como acciones correctivas               | No de acciones de mejora que se cumplieron / Total de acciones establecidas x 100                | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores  | 0%         | SERVICIO FARMACEUTICO | Realizar seguimiento a la gestión por indicadores  | Número de indicadores reportados / Total de indicadores aplicables x 100                         | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Aumento en el porcentaje de reportes de sucesos de seguridad presentados en el servicio para disminucion de los riesgos en farmacia | 0%         | SERVICIO FARMACEUTICO | Aumento porgresivo de los reportes de sucesos de seguridad que se presentan en el servicio   | Numero de reportes de sucesos reportados en el servicio/ Total de reportes institucionales * 100 | 5%                      |             | 5%     |             | 5%     |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| <b>METAS PROGRAMADAS</b>                                     |   | <b>7</b>   | <b>CUMPLIMIENTO</b>   |  |  | <b>METAS CUMPLIDAS</b>  |             |        |             |        |             | <b>0</b>             | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b>   | <b>0%</b> |







## FORMATO

### PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENICA 2018

VERSION: 2

CODIGO: DE-PL-F02

FECHA: 04/02/2018

### SIAU

| MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018 |  |            |                     |  |  | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |                        |        |             | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |             |           |
|--|--|------------|---------------------|--|--|-------------------------|-------------|--------|------------------------|--------|-------------|----------------------|-----------|-----------|-------------|-----------|
| PERSPECTIVA  | META   | LINEA BASE | PROCESO             | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES  | INDICADOR / FÓRMULA  | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2            | META 3 | RESULTADO 3 | AVANCE 1             | AVANCE 2  | AVANCE 3  | AVANCE META |           |
| PROCESO  | Socializar la política de humanización del servicio  | 0          | SIAU                | Revisar la política de humanización del servicio y realizar las modificaciones a que haya lugar.   | No de funcionarios capacitados / No de funcionarios de la ESE x 100  | 100%                    |             | 100%   |                        | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Socializar el manual de atención al usuario  | 0          | SIAU                | Actualizar el manual de atención al usuario y realizar las modificaciones a que haya lugar y socializar con el 100% del personal de la ESE                     | No de funcionarios capacitados / No de funcionarios de la ESE x 100  | 50%                     |             | 70%    |                        | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| CLIENTE  | Actualizar y socializar procedimiento de petición, queja y reclamos de los usuarios.   | -100%      | SIAU                | Actualizar y socializar procedimiento para presentación de peticiones, quejas y reclamos por parte de los usuarios y darlo a conocer con el personal de la ESE | No de funcionarios capacitados / No de funcionarios de la ESE x 101  | 50%                     |             | 70%    |                        | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| CLIENTE  | Actualizar y socializar procedimiento de petición, queja y reclamos de los usuarios. Entregar información al 100% de usuarios encuestados      | 0%         | SIAU                | Diseñar un folleto informativo para dar a conocer a los usuarios el procedimiento de pqs y deberes y derechos  | No de usuarios informados / No de usuarios encuestados x 100   | 100%                    |             | 100%   |                        | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| CLIENTE  | Garantizar el funcionamiento del procedimiento de PQR  | 0%         | SIAU                | Realizar apertura periódica de buzones   | Numero de actas de apertura de buzones realizadas / Numero de aperturas programadas*100                    | 100%                    |             | 100%   |                        | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| CLIENTE  | Garantizar la respuesta oportuna a peticiones quejas y/o reclamos  | 0          | SIAU                | Realizar oportunamente la respuesta de las peticiones quejas y/o reclamos  | Diferencia en días entre la respuesta y la radicación de la queja  | 10                      |             | 10     |                        | 10     |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| CLIENTE  | Garantizar la respuesta de las peticiones quejas y/o reclamos  | 0%         | SIAU                | Dar respuesta al total de las peticiones quejas y/o reclamos   | Numero de respuestas a peticiones quejas y/o reclamos/ Total de peticiones quejas y/o reclamos del periodo | 100%                    |             | 100%   |                        | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Cumplimiento de planes de mejora resultado de auditorías internas y externas   | 0          | SIAU                | Cumplimiento de las actividades de mejora planteadas como acciones correctivas   | No de acciones de mejora que se cumplieron / Total de acciones establecidas x 100                          | 100%                    |             | 100%   |                        | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores   | 0%         | SIAU                | Realizar seguimiento a la gestión por indicadores  | Número de indicadores reportados / Total de indicadores aplicables x 100                                   | 100%                    |             | 100%   |                        | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Aumento en el porcentaje de reportes de sucesos de seguridad presentados en el servicio para disminución de los riesgos en atención al usuario | 0%         | SIAU                | Aumento progresivo de los reportes de sucesos de seguridad que se presentan en el servicio   | Numero de reportes de sucesos reportados en el servicio/ Total de reportes institucionales * 100           | 2%                      |             | 2%     |                        | 2%     |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| <b>METAS PROGRAMADAS</b>                                     | <b>9</b>   |            | <b>CUMPLIMIENTO</b> |  |  |                         |             |        | <b>METAS CUMPLIDAS</b> |        |             | <b>0</b>             | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b>   | <b>0%</b> |





**FORMATO**

**PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENICA 2018**

VERSION: 2

CODIGO: DE-PL-F02

FECHA: 04/02/2018

**ALMACEN**

| MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018 |  |            |         |   |   | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |             |                        | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |           |             |
|--|--|------------|---------|---|---|-------------------------|-------------|--------|-------------|------------------------|----------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| PERSPECTIVA  | META   | LINEA BASE | PROCESO | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES                                       | INDICADOR / FÓRMULA   | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2 | META 3                 | RESULTADO 3          | AVANCE 1  | AVANCE 2  | AVANCE 3  | AVANCE META |
| DESARROLLO Y CRECIMIENTO                                     | Cumplimiento del programa de adquisición de elementos y mejoramiento del ambiente físico | >80%       | ALMACEN | Dar cumplimiento al programa de adquisición de elementos y mejoramiento del ambiente físico | No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100             | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |                      | 0%        | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Cumplimiento de planes de mejora resultado de auditorias internas y externas             | 0          | CALIDAD | Cumplimiento de las actividades de mejora planteadas como acciones correctivas              | No de acciones de mejora que se cumplieron / Total de acciones establecidas x 100 | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |                      | 0%        | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores   | 0%         | CALIDAD | Realizar seguimiento a la gestión por indicadores   | Número de indicadores reportados / Total de indicadores aplicables x 100          | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |                      | 0%        | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Cumplimiento de las acciones definidas en los mapas de riesgo por proceso.               | 0%         | CALIDAD | Implementar las acciones definidas para la administración de los riesgos                    | No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100             | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |                      | 0%        | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Actualizar procedimientos del servicio aprobados e implementados                         | 0          | CALIDAD | Documentación, aprobación e implementación de procedimientos del área                       | Procedimientos aprobados e implementados / Total de procedimientos *100           | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |                      | 0%        | 0%        | 0%        | 0%          |
| <b>METAS PROGRAMADAS</b>                                     |  | <b>5</b>   |         |   | <b>CUMPLIMIENTO</b>   |                         |             |        |             | <b>METAS CUMPLIDAS</b> | <b>0</b>             | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b>   |





**FORMATO**

**PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENICA 2018**

VERSION: 2  
 CODIGO: DE-PL-F02  
 FECHA: 04/02/2018

**JURIDICA**

| MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018 |   |            |          |   |  | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |             |                        | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |           |             |
|--|---|------------|----------|---|--|-------------------------|-------------|--------|-------------|------------------------|----------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| PERSPECTIVA  | META  | LINEA BASE | PROCESO  | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES                 | INDICADOR / FÓRMULA  | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2 | META 3                 | RESULTADO 3          | AVANCE 1  | AVANCE 2  | AVANCE 3  | AVANCE META |
| JURIDICA   | Cumplimiento en las actuaciones procesales                              | >90%       | JURIDICA | Actuaciones procesales ante la jurisdicción                           | No de procesos adelantados con actuaciones requeridas / No total de actuaciones a realizar x 100 | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |                      | 0%        | 0%        | 0%        | 0%          |
| JURIDICA   | Actualizar procedimientos de gestión jurídica aprobados e implementados | 0          | CALIDAD  | Documentación, aprobación e implementación de procedimientos del área | Procedimientos aprobados e implementados / Total de procedimientos documentados *100             | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |                      | 0%        | 0%        | 0%        | 0%          |
| CONTRATACIÓN   | Revisión de minutas y cumplimiento de requisitos                        | >90%       | JURIDICA | Verificación proceso contractual                                      | No de revisiones a minutas / No total de contratos realizados                                    | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |                      | 0%        | 0%        | 0%        | 0%          |
| <b>METAS PROGRAMADAS</b>                                     | <b>3</b>  |            |          | <b>CUMPLIMIENTO</b>   |  |                         |             |        |             | <b>METAS CUMPLIDAS</b> | <b>0</b>             | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b>   |



**FORMATO****PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENICA 2018**

VERSION: 2  
 CODIGO: DE-PL-F02  
 FECHA: 04/02/2018

**GESTION ADMIN Y FINANCIERA**

| MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018 |   |            |                     |  |   | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |                        |        |             | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |           |           |
|--|---|------------|---------------------|--|---|-------------------------|-------------|--------|------------------------|--------|-------------|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| PERSPECTIVA  | META  | LINEA BASE | PROCESO             | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES  | INDICADOR / FÓRMULA   | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2            | META 3 | RESULTADO 3 | AVANCE               | AVANCE    | AVANCE    | AVANCE    |           |
| PROCESO  | Actualizar y socializar el código de ética y de buen gobierno   | 0          | ADMINISTRATIVA      | Revisar el código de ética y de buen gobierno realizar las modificaciones a que haya lugar.                        | No de funcionarios capacitados / No de funcionarios de la ESE x 100                   | 100%                    |             | 100%   |                        | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%        |           |
| FINANCIERA   | medición de ventas de servicios de salud  | 0          | CONTABILIDAD        | medición de indicadores financieros e informe a la subgerencia financiera y administrativa para toma de decisiones | ventas brutas obtenidas en el ejercicio / ventas brutas del periodo anterior          | 100%                    |             | 100%   |                        | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%        |           |
| FINANCIERA   | Medir la razón corriente para determinar el índice de liquidez de la ESE, indica la capacidad que tiene la empresa para cumplir con sus obligaciones financieras, deudas o pasivos a corto plazo. | 0          | CONTABILIDAD        | Medición de la razón corriente   | Activo corriente / Pasivo corriente   | 1                       |             | 1      |                        | 1      |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%        |           |
| FINANCIERA   | Medir el grado de eficiencia de la empresa en el uso de sus activos para generar ingresos por ventas de servicios de salud  | 0          | CONTABILIDAD        | medición de rotación de activos  | ventas netas / activo total   | 1                       |             | 1      |                        | 1      |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%        |           |
| FINANCIERA   | Medir el margen de utilidad   | 0          | CONTABILIDAD        | medición del margen bruto de utilidad  | utilidad bruta/ventas netas *100  | 10%                     |             | 10%    |                        | 10%    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%        |           |
| FINANCIERA   | medir recaudo de cartera  | 0          | CARTERA             | medición del recaudo de cartera  | total recaudado en el periodo/ total facturado *100                                   | 70%                     |             | 70%    |                        | 70%    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%        |           |
| FINANCIERA   | Medir los días que tarda la ese en cobrar de sus clientes (EPS, régimen especial entre otros)   | 0          | CARTERA             | Medición del periodo de cobro  | cuentas por cobrar promedio/ ventas a crédito *365                                    | 80%                     |             | 90%    |                        | 90%    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%        |           |
| FINANCIERA   | medir la eficacia en el presupuesto de ingresos operacionales   | 0          | FACTURACIÓN         | medición de la eficacia en el presupuesto de ingresos operacionales  | factura generada - facturas devueltas / facturación total generada * 100              | 80%                     |             | 100%   |                        | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%        |           |
| FINANCIERA   | Medir la eficiencia en proceso de soportar las facturas   | 0          | FACTURACIÓN         | Soportar adecuadamente todas las facturas elaboradas y radicadas   | Facturas NO devueltas *100/ Total de facturas radicadas en el periodo correspondiente | 90%                     |             | 98%    |                        | 98%    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%        |           |
| FINANCIERA   | medir la eficiencia del presupuesto de gastos   | 0          | PRESUPUESTO         | medición de la eficiencia del presupuesto de gastos  | ingresos operacionales causados / ingresos operacionales programados *100             | 90%                     |             | 90%    |                        | 90%    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%        |           |
| FINANCIERA   | medir la eficiencia del presupuesto de ingresos y gastos  | 0          | PRESUPUESTO         | medición de la eficiencia del presupuesto de ingresos y gastos   | presupuesto de gastos comprometidos / presupuesto de ingresos recaudados *100         | 85%                     |             | 85%    |                        | 85%    |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%        |           |
| FINANCIERA   | medir la efectividad del presupuesto de ingresos operacionales causados y ejecutados  | 0          | PRESUPUESTO         | medición de la efectividad del presupuesto de ingresos operacionales causados y ejecutados                         | ingresos operacionales ejecutados / ingresos operacionales causados                   | 100%                    |             | 100%   |                        | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%        |           |
| FINANCIERA   | medir el gasto operacional  | 0%         | PRESUPUESTO         | medición del gasto operacional   | Gastos ejecutados/gastos comprometidos  | 100%                    |             | 100%   |                        | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%        |           |
| <b>METAS PROGRAMADAS</b>                                     |   | <b>13</b>  | <b>CUMPLIMIENTO</b> |  |   |                         |             |        | <b>METAS CUMPLIDAS</b> |        |             | <b>0</b>             | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b> |





**FORMATO**

**PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENICA 2018**

VERSION: 2  
 CODIGO: DE-PL-F02  
 FECHA: 04/02/2018

**RECURSOS HUMANOS**

| MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018 |   |            |                     |  |  | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |             |                        |             | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |             |
|--|---|------------|---------------------|--|--|-------------------------|-------------|--------|-------------|------------------------|-------------|----------------------|-----------|-----------|-------------|
| PERSPECTIVA  | META  | LINEA BASE | PROCESO             | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES                                | INDICADOR / FÓRMULA  | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2 | META 3                 | RESULTADO 3 | AVANCE 1             | AVANCE 2  | AVANCE 3  | AVANCE META |
| GESTIÓN TALENTO HUMANO                                       | Cumplimiento del Plan institucional de capacitaciones                             | >= 90%     | TALENTO HUMANO      | Implementar y desarrollar el plan de capacitaciones                                  | No de capacitaciones Desarrolladas / No de capacitaciones programadas x 100          | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| GESTIÓN TALENTO HUMANO                                       | Cumplimiento Programa de bienestar social   | >= 90%     | TALENTO HUMANO      | Implementar el Cumplimiento Programa de bienestar social                             | No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100                | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Cumplimiento de planes de mejora resultado de auditorías internas y externas      | 0          | CALIDAD             | Cumplimiento de las actividades de mejora planteadas como acciones correctivas       | No de acciones de mejora que se cumplieron / Total de acciones establecidas x 100    | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores                                  | 0%         | CALIDAD             | Realizar seguimiento a la gestión por indicadores                                    | Número de indicadores reportados / Total de indicadores aplicables x 100             | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Cumplimiento de las acciones definidas en los mapas de riesgo por proceso.        | 0%         | CALIDAD             | Implementar las acciones definidas para la administración de los riesgos priorizados | No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100                | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Actualizar procedimientos de gestión del talento humano aprobados e implementados | 0          | CALIDAD             | Documentación, aprobación e implementación de procedimientos del área                | Procedimientos aprobados e implementados / Total de procedimientos documentados *100 | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| <b>METAS PROGRAMADAS</b>                                     |   | <b>6</b>   | <b>CUMPLIMIENTO</b> |  |  |                         |             |        |             | <b>METAS CUMPLIDAS</b> | <b>0</b>    | <b>0%</b>            | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b>   |





**FORMATO**

**PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENICA 2018**

VERSION: 2

CODIGO: DE-PL-F02

FECHA: 04/02/2018

**SISTEMAS**

| MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018 |   |            |                     |  |   | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |             |        |             | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |             |           |
|--|---|------------|---------------------|--|---|-------------------------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|----------------------|-----------|-----------|-------------|-----------|
| PERSPECTIVA  | META  | LINEA BASE | PROCESO             | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES                                  | INDICADOR / FÓRMULA   | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2 | META 3 | RESULTADO 3 | AVANCE 1             | AVANCE 2  | AVANCE 3  | AVANCE META |           |
| TECNOLOGIA   | Cumplimiento del programa de sistema integrado de información                         | 30%        | SISTEMAS            | Implementación de programa de sistemas de información                                  | No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100               | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| TECNOLOGIA   | Cumplimiento del programa de gestion de tecnologia y mejoramiento del ambiente fisico | >= 80%     | SISTEMAS            | Implementar el Programa De Renovación Tecnológica, Dotación Y Mantenimiento preventivo | No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100               | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Cumplimiento de planes de mejora resultado de auditorias internas y externas          | 0          | SISTEMAS            | Cumplimiento de las actividades de mejora planteadas como acciones correctivas         | No de acciones de mejora que se cumplieron / Total de acciones establecidas x 100   | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores                                      | 0%         | SISTEMAS            | Realizar seguimiento a la gestión por indicadores                                      | Número de indicadores reportados / Total de indicadores aplicables x 100            | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Cumplimiento de las acciones definidas en los mapas de riesgo por proceso.            | 0%         | SISTEMAS            | Implementar las acciones definidas para la administración de los riesgos priorizados   | No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100               | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| PROCESO  | Actualizar procedimientos de gestión financiera aprobados e implementados             | 0          | SISTEMAS            | Documentacion, aprobacion e implementacion de procedimientos del area                  | Procedimientos aprobados e implementados /Total de procedimientos documentados *100 | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |           |
| <b>METAS PROGRAMADAS</b>                                     |   | <b>6</b>   | <b>CUMPLIMIENTO</b> |  |   | <b>METAS CUMPLIDAS</b>  |             |        |             |        |             | <b>0</b>             | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b>   | <b>0%</b> |





**FORMATO**

*PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENICA 2018*

VERSION: 2

CODIGO: DE-PL-F02

FECHA: 04/02/2018

**GESTION DOCUMENTAL**

**MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018**

| PERSPECTIVA              | META  | LINEA BASE | PROCESO             | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES | INDICADOR / FÓRMULA  | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |             |           |             | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |             |
|--------------------------|---|------------|---------------------|---|--|-------------------------|-------------|--------|-------------|-----------|-------------|----------------------|-----------|-----------|-------------|
|                          |   |            |                     |   |  | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2 | META 3    | RESULTADO 3 | AVANCE 1             | AVANCE 2  | AVANCE 3  | AVANCE META |
| PROCESO                  | Implementación del programa de gestión documental | >=90       | GESTIÓN DOCUMENTAL  | Implementación del programa de gestión documental     | Número de documentos radicados en armorum y entregados oportunamente / Número de documentos radicados *100 | 100%                    |             | 100%   |             | 100%      |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| <b>METAS PROGRAMADAS</b> |   | <b>1</b>   | <b>CUMPLIMIENTO</b> |   |  | <b>METAS CUMPLIDAS</b>  |             |        | <b>0</b>    | <b>0%</b> | <b>0%</b>   | <b>0%</b>            | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b>   |





**FORMATO**

VERSION: 2

*PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENICA 2018*

CODIGO: DE-PL-F02

FECHA: 04/02/2018

**HOSPITAL SOSTENIBLE**

| MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018 |   |            |                     |  |   | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |             |        | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |           |             |
|--|---|------------|---------------------|--|---|-------------------------|-------------|--------|-------------|--------|----------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| PERSPECTIVA  | META  | LINEA BASE | PROCESO             | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES  | INDICADOR / FÓRMULA   | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2 | META 3 | RESULTADO 3          | AVANCE 1  | AVANCE 2  | AVANCE 3  | AVANCE META |
| PROCESO  | Cumplimiento de los requisitos de hospital sostenible | >= 95%     | AMBIENTAL           | Implementación de requisitos de la norma ambiental y del programa hospital sostenible ( comisiones agua, energía, sustancias químicas) | No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100 | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |                      | 0%        | 0%        | 0%        | 0%          |
| <b>METAS PROGRAMADAS</b>                                     |   | <b>1</b>   | <b>CUMPLIMIENTO</b> |  |   | <b>METAS CUMPLIDAS</b>  |             |        |             |        | <b>0</b>             | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b>   |







**FORMATO**

*PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENICA 2018*

VERSION: 2

CODIGO: DE-PL-F02

FECHA: 04/02/2018

**SG-SST**

| MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018 |   |            |                                 |  |   | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |             |                        |             | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |             |
|--|---|------------|---------------------------------|--|---|-------------------------|-------------|--------|-------------|------------------------|-------------|----------------------|-----------|-----------|-------------|
| PERSPECTIVA  | META  | LINEA BASE | PROCESO                         | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES  | INDICADOR / FÓRMULA   | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2 | META 3                 | RESULTADO 3 | AVANCE 1             | AVANCE 2  | AVANCE 3  | AVANCE META |
| PROCESO  | Cumplimiento de los requisitos de la norma                            | >= 95%     | SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Implementación de requisitos de la norma               | No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100 | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| PROCESO  | Promedio de cumplimiento de implementación de comités institucionales | >= 90%     | SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Seguimiento al cumplimiento de los comites aplicables. | No de comites Desarrolladas / No de comites programadas x 100         | 100%                    |             | 100%   |             | 100%                   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| <b>METAS PROGRAMADAS</b>                                     | <b>2</b>  |            |                                 |  | <b>CUMPLIMIENTO</b>   |                         |             |        |             | <b>METAS CUMPLIDAS</b> | <b>0</b>    | <b>0%</b>            | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b>   |



**FORMATO****PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENICA 2018**

VERSION: 2

CODIGO: DE-PL-F02

FECHA: 04/02/2018

**MANTENIMIENTO E  
INFRAESTRUCTURA**

| MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2018 |  |            |               |   |   | RESULTADOS CUATRIMESTRE |             |        |             |        |             | AVANCES CUATRIMESTRE |           |           |             |
|--|--|------------|---------------|---|---|-------------------------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|----------------------|-----------|-----------|-------------|
| PERSPECTIVA  | META   | LINEA BASE | PROCESO       | ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES         | INDICADOR / FÓRMULA   | META 1                  | RESULTADO 1 | META 2 | RESULTADO 2 | META 3 | RESULTADO 3 | AVANCE 1             | AVANCE 2  | AVANCE 3  | AVANCE META |
| DESARROLLO Y CRECIMIENTO                                     | Cumplimiento del plan de mantenimiento de infraestructura    | >80%       | MANTENIMIENTO | Implementar el plan de mantenimiento de infraestructura       | No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100 | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| DESARROLLO Y CRECIMIENTO                                     | Cumplimiento del plan de mantenimiento de equipos biomedicos | >= 90%     | MANTENIMIENTO | Implementar el plan de mantenimiento de de equipos biomedicos | No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100 | 100%                    |             | 100%   |             | 100%   |             | 0%                   | 0%        | 0%        | 0%          |
| <b>METAS PROGRAMADAS</b>                                     | <b>2</b>   |            |               |   | <b>CUMPLIMIENTO</b>   |                         |             |        |             |        | <b>0</b>    | <b>0%</b>            | <b>0%</b> | <b>0%</b> | <b>0%</b>   |

