



**INFORME DE GESTIÓN
PLANES OPERATIVOS ANUALES
VIGENCIA 2016**

PLAN OPERATIVO ANUAL DESARROLLO INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO

VIGENCIA 2016

PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

DESARROLLAR EL TALENTO HUMANO, MEDIANTE UN ENFOQUE PARTICIPATIVO QUE GARANTICE SU COMPETENCIA, COMPROMISO Y MOTIVACIÓN QUE ASEGUREN EL MEJORAMIENTO CONTINUO Y EL AUTOCONTROL SOPORTADO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

OBJETIVO ESPECIFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		ESTADO	SEGUIMIENTO 2016.	
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO		NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
LOGRAR UNA PARTICIPACIÓN DEL 80% DEL TALENTO HUMANO EN LAS ETAPAS DE PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS RELACIONADOS CON SU DESARROLLO INTEGRAL COMO BASE PARA EL CRECIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN. (BIENESTAR SOCIAL)	Participación mayor o igual al 80%	1 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL LABORAL 2016.										OBSERVACIONES AL RESULTADO	INDICADOR
		1.1 Formular el Plan de Bienestar Social Laboral de Pasto Salud ESE vigencia 2016 de acuerdo a los requerimientos legales que lo enmarcan, e incorporando en él las necesidades identificadas del Talento Humano.	PLANEAR	Plan de Bienestar Social Laboral vigencia 2016, enfocado a fortalecer los aspectos débiles y priorizados de las necesidades del talento humano. Alcanzar una participación del Talento Humano en la fase de planeación mínima del 80%.	Plan de Bienestar Social Laboral formulado y aprobado mediante acto administrativo. Cobertura: (Personal que diligenció la encuesta / Talento humano de la empresa) *100 (Meta ≥80%)	Informe Resultados de la encuesta para la detección de necesidades de Bienestar Social.	Abril Mayo	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano	Cumplimiento	Resultados obtenidos: "Mediante acta de fecha 23 y 24 de mayo de 2016 se dio aprobación al Plan con apoyo del Comité de Bienestar Social".	Plan de Bienestar Social Laboral formulado y aprobado mediante Resolución 189 del 25 de mayo de 2016. Cobertura: (Personal que diligenció la encuesta (122) / Talento humano de la empresa (147)) x 100 = 83% (Meta ≥80%)	
		1.2 Ejecutar las actividades contenidas en el Plan de Bienestar Social Laboral 2016.	HACER	Alcanzar el 100% en cumplimiento del Plan de Bienestar Social Laboral.	Cumplimiento: (Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas)*100 Cobertura: (Talento humano con participación en la ejecución / Talento humano de la empresa) *100 (Meta ≥70%)	Actas, registros, informes de ejecución o seguimiento.	Junio Noviembre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano	Cumplimiento	No aplica	Cumplimiento: (Número de actividades ejecutadas (2) / Número de actividades programadas (2)) x 100 = 100% Cobertura: Talento humano con participación en la ejecución (94) / Talento humano de la empresa (105) x 100 = 89.5% (Meta ≥70%)	
		1.3 Realizar seguimiento a la ejecución del Planes de Bienestar Social Laboral vigencia 2016 con corte a Agosto. Consolidar informe de seguimiento y resultados (cumplimiento y cobertura), para presentar ante Gerencia.	VERIFICAR	Acta de seguimiento al Plan de Bienestar Social.	Cumplimiento: Informe de seguimiento consolidado presentado a Gerencia.	Informe de ejecución o seguimiento, comunicaciones oficiales.	Septiembre Septiembre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano	Cumplimiento	Sin observaciones.	Actas de seguimiento No. 1 suscrita el 16 de septiembre de 2016 y No. 2 suscrita el 22 de noviembre de 2016	
1.4 Definir acciones de mejora tendientes a corregir las desviaciones que se detecten en el informe de seguimiento del Plan de Bienestar 2016. (Aplica cuando el resultado es menor al esperado)	ACTUAR	Acciones de mejoramiento definidas a fin de garantizar el cumplimiento de las metas, cuando existan desviaciones.	Cumplimiento: Documento de acciones de mejora para cumplimiento y cobertura del Plan de Bienestar Social Laboral	Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Septiembre Diciembre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano	Actividad no realizada	Actividad no realizada debido a que en el seguimiento no se detectaron oportunidades de mejora.	Sin resultado			

PLAN OPERATIVO ANUAL DESARROLLO INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO

VIGENCIA 2016

PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

DESARROLLAR EL TALENTO HUMANO, MEDIANTE UN ENFOQUE PARTICIPATIVO QUE GARANTICE SU COMPETENCIA, COMPROMISO Y MOTIVACIÓN QUE ASEGUREN EL MEJORAMIENTO CONTINUO Y EL AUTOCONTROL SOPORTADO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

OBJETIVO ESPECIFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO 2016.			
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
ALCANZAR UN CUMPLIMIENTO DEL 90% EN LOS PROCESOS DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO QUE SE FORMULEN EN CADA UNA DE LAS VIGENCIAS.	Resultado igual o mayor al 90%	2 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES VIGENCIA 2016												
		2.1	Formular el Plan Institucional de Capacitación, desagregado en capacitación. Sustentar al equipo directivo previa aprobación.	PLANEAR	Plan de capacitación formulado y aprobado.	Plan institucional de capacitación formulado y aprobado mediante acto administrativo.	Documento de definición y priorización de necesidades de capacitación. Plan institucional de capacitación formulado y aprobado.	Enero	Marzo	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano	Cumplimiento	Sin observaciones.	Plan Institucional de Capacitación formulado y aprobado mediante Resolución 0052 de febrero 25 de 2016.
		2.2	Ejecutar las actividades establecidas en el Plan Institucional de capacitación, en los diferentes componentes de capacitación, inducción y reinducción.	HACER	Alcanzar el 80% de cumplimiento del Plan.	(Número de actividades ejecutadas y cumplidas / total de actividades programadas)*100	Informes de capacitación, registros, actas.	Marzo	Diciembre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano	Cumplimiento	Informes de seguimiento.	Número de actividades ejecutadas y cumplidas (12) / total de actividades programadas (49) x 100 = 24.5%
		2.3	Realizar seguimiento a la ejecución del Plan de Capacitación vigencia 2016, con corte a Julio. Consolidar informe de seguimiento y resultados (Cumplimiento, coberturas), para presentar ante Gerencia.	VERIFICAR	Contar con un informe de seguimiento que permita identificar el nivel de cumplimiento del Plan de Capacitaciones.	Cumplimiento: Informe de seguimiento consolidado presentado a Gerencia.	Informe de seguimiento consolidado, reporte o comunicación de presentación ante Gerencia.	Agosto	Agosto	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano	Actividad no realizada	No aplica	No aplica
		2.4	Analizar las desviaciones encontradas en la ejecución del plan y definir acciones de mejora enfocadas al cumplimiento de las metas. (Cuando hay desviación negativa o desfavorable)	ACTUAR	Acciones de mejoramiento definidas a fin de garantizar el cumplimiento de las metas	Cumplimiento: Documento de acciones de mejora (Agosto)	Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Julio	Diciembre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano	Actividad no realizada	No aplica	No aplica

PLAN OPERATIVO ANUAL DESARROLLO INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO

VIGENCIA 2016

**PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO** DESARROLLAR EL TALENTO HUMANO, MEDIANTE UN ENFOQUE PARTICIPATIVO QUE GARANTICE SU COMPETENCIA, COMPROMISO Y MOTIVACIÓN QUE ASEGUREN EL MEJORAMIENTO CONTINUO Y EL AUTOCONTROL SOPORTADO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

OBJETIVO ESPECIFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO 2016.			
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
LOGRAR UN 90% DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO, FRENTE A LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO.	Establecer línea de base.	3. EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS 2016												
		3.1	Aplicar la metodología de evaluación de competencias laborales al personal de Pasto Salud ESE. Generar informe de resultados y presentar a CCCI.	PLANEAR	Establecer línea de base de competencias laborales.	_(Número de Personas con evaluación de desempeño / Total personal) x 100 _Reporte por niveles de calificación. (Líneas de base)	Informe de evaluación de competencias.	Octubre	Diciembre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano	Actividad no realizada	Actividad suspendida mediante circular 521-05690 del 20/04/2016	No aplica
		4 CLIMA ORGANIZACIONAL Y NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS POLÍTICAS.												
		4.1	Implementar el Plan de Mejoramiento del clima organizacional para mejorar el nivel de satisfacción del cliente Interno frente al desarrollo de las políticas de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.	HACER	Plan de mejoramiento aprobado.	Acta de aprobación en Comité Coordinador de Control Interno.	Acta de aprobación y circular de difusión.	Abril	Mayo	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano	Cumplimiento	Sin observaciones.	Acta de aprobación del Plan de mejoramiento de fecha 29 de febrero de 2016.
4.2	Realizar el seguimiento, evaluación y definición de oportunidades de mejora si hay lugar a ellas o cuando no se hayan alcanzado los resultados.	VERIFICAR	Alcanzar un cumplimiento mayor o igual al 80%.	Resultado: Indicador de cumplimiento: (Número de acciones implementadas / Número de acciones programadas) x 100	Acta e resultados del seguimiento.	Octubre	Octubre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano	Actividad no realizada	Sin observaciones.	No aplica		
4.3	Aplicar encuesta de satisfacción del cliente interno y realizar un comparativo con la última realizada en la vigencia anterior, analizar si existen mejoras en el nivel de percepción.	VERIFICAR	Alcanzar el 80% de satisfacción del cliente interno frente al desarrollo de las políticas de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.	Resultado: Informe de resultados.	Fomatos de encuestas diligenciados, actas y registros de asistencias.	Diciembre	Diciembre	Asesor de Talento Humano	Grupo de trabajo de Talento Humano	Cumplimiento	Formato de Encuesta Circular 521 – 14410 por medio de la cual se envía a todo el personal la encuesta e satisfacción de políticas instituciones de Talento humano Informe de la evaluación de satisfacción de políticas instituciones de Talento humano	Nivel de Satisfacción = 60.5%. (Meta = 80%) No se cumplió la meta.		

CONSOLIDÓ CON FUNDAMENTO EN INFORMES OFICIALES:

FIRMA EN ORIGINAL

SANDRA MILENA VIVEROS SOTTO

Jefe Oficina Asesora de Planeación

APROBÓ:

FIRMA EN ORIGINAL

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES

Gerente

**PLAN OPERATIVO ANUAL
EFICIENCIA FINANCIERA**

VIGENCIA 2016

PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

GENERAR AUTO SOSTENIBILIDAD FINANCIERA EN LA ORGANIZACIÓN, MAXIMIZANDO LA PRODUCTIVIDAD Y GARANTIZANDO EL USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS RELACIONADOS CON LA RAZÓN DE SER LA EMPRESA.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO 2016.		
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
												OBSERVACIONES	INDICADOR
Objetivo Específico No. 1 GENERAR EQUILIBRIO PRESUPUESTAL ENTRE EL GASTO COMPROMETIDO Y	DA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	1.1	HACER	Listado de deudores actualizado de manera mensual	(ERP con estado de cartera actualizado / Total de ERP que nos adeudan pagos) ERP: Entidad responsable de pago x 100	Informe mensual de cartera por edades	Enero	Diciembre	Profesional Universitaria Cartera	Subgerencia Financiera y Comercial	Cumplimiento	Medios de verificación: Informe mensual de cartera por edades actualizado por cada deudor, respecto a facturación realizada, ingresos recibidos y glosas conciliadas.	ERP con estado de cartera actualizado (90) / Total de ERP que nos adeudan pagos(90) x 100 ERP: Entidad responsable de pago = 100%
		1.2	HACER	Saldos conciliados entre las dependencias en el sistema de información. (Saldos conciliados corresponde a igualdad de valores registrados en las áreas)	(Número de conciliación realizadas /total de conciliaciones programadas) *100	Informe mensual de cartera, reporte de saldos por Nit, actas de conciliación, Informe de Ingresos mensuales ,registrado en sistema sios.	Enero	Diciembre	Profesionales Universitarias de cartera, presupuesto, contabilidad, tesorería y facturación	Subgerencia Financiera y Comercial	Cumplimiento	A la fecha se encuentran conciliados mes a mes los saldos de facturación, contabilidad, ingresos y cartera.	(Número de conciliación realizadas (12) /total de conciliaciones programadas (12)) x 100 = 100%
		1.3	HACER	Disminuir la rotación de cartera que permita disponer de un mejor flujo de recursos	Indicador de rotación de cartera Porcentaje de recaudo frente a la facturado y reconocido.	Informes de cartera, oficios de circularización de saldos a las ERP, actas de conciliación con las ERP	Enero	Diciembre	Profesional Universitaria Cartera	Subgerencia Financiera y Comercial	Cumplimiento	Medios de verificación: Reportes mensuales consolidados de la facturación por prestación de servicios a las diferentes EPS. Cédulas de cartera por cada EPS, donde se evidencia la facturación mensual, los recaudos por conceptos de prestación de servicios por periodo, descuentos y glosas conciliadas por cada cuenta y por cada EPS. Soportes de pago enviados por las Entidades Responsables de Pago o EPS. Sistema de información de SIOS. Comunicaciones Oficiales, Actas de reunión y acta de conciliación con las EPS, mediante las cuales se realizó revisión, depuración y/o conciliación de cartera.	Indicador de rotación de cartera: Ingreso promedio por venta de servicios en el periodo (30.291.548.183) / Cuentas por cobrar promedio en el periodo (9.203.302.558) x 100 = 3.29 365 días / 3.29 = 111 días. Indicador de rotación de cartera en el año 2016, es de 111 días. El indicador de Rotación de Cartera determina el tiempo que las cuentas por cobrar toman en convertirse en efectivo; de esta manera se determina que para el 2016 PASTO SALUD ESE, tardó 111 días en recuperar su cartera.

**PLAN OPERATIVO ANUAL
EFICIENCIA FINANCIERA**

VIGENCIA 2016

PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

GENERAR AUTO SOSTENIBILIDAD FINANCIERA EN LA ORGANIZACIÓN, MAXIMIZANDO LA PRODUCTIVIDAD Y GARANTIZANDO EL USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS RELACIONADOS CON LA RAZÓN DE SER LA EMPRESA.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO 2016.	
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
EL RECAUDO EFECTIVO CORRESPONDIENTE A CADA VIGENCIA. Objetivo Específico No. 2 LOGRAR UNA UTILIDAD NETA DEL 1%, DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	EQUILIBRIO Y UTILIDAD NETA DEL 1% DERIVA	1.4	HACER VERIFICAR	Las obligaciones adquiridas por Pasto Salud ESE cuentan con el respaldo presupuestal, como base para mantener el equilibrio presupuestal y alcanzar la utilidad esperada.	(Monto de registro presupuestal/valor ingresos reconocidos)*100 (Monto de registro presupuestal/valor de ingresos recaudados)*100 Equilibrio presupuestal con recaudo Equilibrio presupuestal con reconocimiento	Ejecuciones presupuestales	Enero	Diciembre	Profesional Universitaria presupuesto	Subgerencia Financiera y Comercial y presupuesto	Cumplimiento	"100% de cumplimiento en el control de los Certificados Presupuestales como soportes de las obligaciones a cancelar por Pasto Salud ESE. El resultado del indicador de Equilibrio Presupuestal con reconocimiento en el segundo semestre de 2016 fue del 92% y el Indicador de Equilibrio Presupuestal con Recaudo en el segundo semestre de 2016 fue del 105%, el resultado que se debe obtener en los dos indicadores es igual o menor que 100%". Equilibrio con reconocimiento: 1) \$ 41.447.532.089 / \$ 45.403.690.825 x 100 = 92% (Aceptado: igual o menor a 100) Equilibrio con recaudo: 2) \$ 41.447.532.089 / \$ 39.620.337.590 x 100 = 105% (Aceptado: menor que 100)
		1.5	VERIFICAR	Contar con la información pertinente al área financiera, para el cumplimiento de metas.	Informes semestrales de resultados presentados a la gerencia (equilibrio y utilidad de fecha de corte proyectados para la vigencia)	Comunicaciones oficiales, informes, ejecuciones presupuestales, estados financieros.	Julio	Agosto	Subgerente Financiero y Comercial	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias.	Cumplimiento	Presentación de informe financiero a la Gerencia y Equipo Directivo Informe Financiero.
		1.6	ACTUAR	Acciones de mejoramiento definidas a fin de garantizar el cumplimiento de las metas	Acciones de mejoramiento definidas a fin de garantizar el cumplimiento de las metas	Cumplimiento: Documento de acciones de mejora	Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Agosto	Noviembre	Subgerente Financiero y Comercial	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias	Cumplimiento

**PLAN OPERATIVO ANUAL
EFICIENCIA FINANCIERA**

VIGENCIA 2016

**PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

GENERAR AUTO SOSTENIBILIDAD FINANCIERA EN LA ORGANIZACIÓN, MAXIMIZANDO LA PRODUCTIVIDAD Y GARANTIZANDO EL USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS RELACIONADOS CON LA RAZÓN DE SER LA EMPRESA.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO 2016.			
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
	1.7	Adelantar los procesos de planeación y presupuestación en forma participativa incorporando los planes de ventas (ingresos), plan anual de adquisiciones, planeación del talento humano, entre otros, para el año 2017	PLANEAR	Contar con un presupuesto de ingresos y gastos soportado en las posibilidades de ingresos de la entidad y las necesidades.	Presupuesto de ingresos y gastos para la vigencia 2017 aprobado por Junta Directiva	Informes, comunicaciones oficiales, plan de ventas, plan de adquisiciones, planeación talento humano, actas, registros.	Septiembre	Noviembre	Subgerente Financiero y Comercial	Equipo directivo, asesor y jefes de dependencias.	Cumplimiento	Presupuesto 2017 aprobado por el COMFIS con resolución 6453 del 27 de octubre de 2016 y desagregado con acuerdo de junta directiva No. 013 del 08 de noviembre de 2016.	100%	
REDUCIR EL NIVEL DE GLOSAS DE LA INSTITUCION (Definir línea de base 2015)	LINEA BASE DE LAS GLOSAS DEL AÑO 2015	2.1	Formular un plan de retroalimentación para la disminución de glosas en el año 2016	PLANEAR	Contar con una planeación para el desarrollo de las actividades enfocadas en la disminución de glosas en la vigencia 2016	Comunicaciones oficiales, registros, actas, plan de retroalimentación para la disminución de glosas	Abril	Abril	Profesional Especializado (glosas)	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad	Cumplimiento	Sin observaciones.	Plan de retroalimentación para la disminución de glosas formulado y aprobado por la Subgerencia de Salud e Investigación en el mes de marzo.	
		2.2	Ejecutar el plan de retroalimentación de glosas para la vigencia 2016, de conformidad con las acciones previstas, que permita al personal conocer las causales de glosas con el fin de reducir o eliminar la ocurrencia	HACER	El personal administrativo y de la red de prestadores de servicios de salud tienen conocimiento de las causales de glosas. La cobertura de retroalimentación se proyecta mínimo al 85%	Cobertura: (Personal con retroalimentación de glosas / Total personal de la red de prestadores) * 100 Corresponde al personal con competencia dentro del proceso para generar una glosa	Actas, informes, registros de asistencia	Mayo	Diciembre	Profesional Especializado (glosas)	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad	Cumplimiento	"Se dieron a conocer las causales de glosas mediante comunicaciones oficiales y reuniones de retroalimentación de glosas"	Personal con retroalimentación de glosas = (46) / Total personal administrativo de la red de prestadores = (48) x 100 = 96%. Cumplimiento = 96% (Meta = 85%)
		2.3	Evaluar las causas de glosas recepcionadas periódicamente frente al plan de retroalimentación	VERIFICAR	Contar con la información oficial que permita identificar la trazabilidad en el comportamiento de las glosas y que sirva de fundamento para la toma de decisiones.	_Porcentaje de glosas del periodo evaluado. _Comparativo de variación del resultado de glosas frente al periodo anterior	Informes de glosas	Mayo	Diciembre	Profesional Especializado (glosas)	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad	Cumplimiento	Medios de verificación: Informe SAP 01-16, SAP 02-16 y SAP 03-16. NOTA: Se está a la espera de la conciliación de los meses de noviembre y diciembre del 2016 para obtener el indicador de la vigencia 2016.	Porcentaje de glosas del periodo evaluado y comparativo de variación. Glosa aceptada en el 2015 (1323802405) / Total facturado (27998590637) = 4.7% Glosa aceptada en el 2016, con corte a septiembre (980174615) / Total facturado a septiembre (19264088675) = 5.1%

**PLAN OPERATIVO ANUAL
EFICIENCIA FINANCIERA**

VIGENCIA 2016

**PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

GENERAR AUTO SOSTENIBILIDAD FINANCIERA EN LA ORGANIZACIÓN, MAXIMIZANDO LA PRODUCTIVIDAD Y GARANTIZANDO EL USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS RELACIONADOS CON LA RAZÓN DE SER LA EMPRESA.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO 2016.		
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
	CONSTRUIR	2.4	Definir e implementar acciones de mejora grupales e individuales frente a las causales de glosa	ACTUAR	Disminución de las glosas por las causales retroalimentadas, a través de acciones específicas	Resultado: (Acciones de mejora ejecutadas / acciones de mejora formuladas) *100 Puede desarrollarse a través de compromisos específicos y su cumplimiento	Comunicaciones oficiales, actas, registros de asistencia, informes	Mayo	Diciembre	Profesional Especializado (glosas)	Equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad	Cumplimiento	<p>*Se ha disminuido las causales de glosas retroalimentadas, mediante socializaciones al personal con responsabilidad en la generación de glosas administrativas".</p> <p>"Los planes de mejoramiento se presentan de la Red Oriente y Norte. La Red occidente y la Sur adquirieron compromisos y conocimiento de las causales de glosa mediante reuniones de retroalimentación de glosas.</p> <p>PLANES DE MEJORAMIENTO (Acciones de mejora ejecutadas: Red Norte (3) + Red Oriente (2) = 5 / Acciones de mejora formuladas: Red Norte (5)+Red Oriente (4) = 9) x 100 = 56%</p> <p>COMPROMISOS. Se suscribieron compromisos de todas las Redes Operativas mediante actas de reunión. evidenciándose en los informes de auditoría previa SAP 01-16, SAP 02-16 y SAP 03-16. Se pasó del 31% de cumplimiento en el primer informe de auditoría previa, llegando al 74% de cumplimiento en el tercer informe de auditoría previa.</p>
GARANTIZAR INVERSIONES ECONÓMICAS EN PROCESOS DE MEJORAMIENTO DE	V RECURSOS / EJECUCIÓN	3.1	Formular planes y proyectos para el mejoramiento y/o mantenimiento de la infraestructura y dotación, someterlos a revisión y aprobación ante las instancias correspondientes (cuando aplique).	PLANEAR	Planes y/o proyectos de inversión formulados y viabilizados (cuando aplique).	Resultado: planes y/o proyectos de inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación formulados y viabilizados	Actas, registros, fichas técnicas, documentos de planes y/o proyectos.	Enero	Diciembre	Gerente Jefe Oficina Asesora de Planeación (Proyectos) Secretaría General (mantenimiento Hospitalario)	Equipo directivo y asesor	Cumplimiento	<p>Oficio 510 - 05996 de fecha 31 de mayo de 2016.</p> <p>Un proyecto formulado: Adecuación y mejoramiento de la infraestructura del servicio de urgencias, hopistización y ginecoobstetricia en el hopsital La Rosa de Pasto Salud ESE de bajo nivel de complejidad</p>
		3.2	Ejecutar los planes y proyectos de mejoramiento de infraestructura y dotación con disponibilidad de recursos (la ejecución de proyectos de inversión puede pasar de una vigencia a otra, lo cual se debe considerar al momento de evaluar, teniendo en cuenta el cumplimiento de cronogramas)	HACER	Los planes y proyectos de inversión viabilizados y/o aprobados para el mejoramiento de infraestructura y dotación son ejecutados (Con disponibilidad de recursos)	Resultado: (planes y proyectos ejecutados / planes y proyectos aprobados con disponibilidad de recursos)* 100 (La ejecución puede pasar entre vigencias)	Informes de ejecución (actas de avance, seguimiento, interventoría, supervisión u otros) de planes y proyectos	Enero	Diciembre	Gerente Jefe Oficina Asesora de Planeación (Proyectos) Secretaría General (mantenimiento Hospitalario)	Equipo directivo y asesor	Cumplimiento	<p>Dado que el proyecto San Vicente el cual fue aprobado con disponibilidad de recursos de cuentas maestras, se viene desarrollando desde el año 2013 por lo tanto la fórmula del indicador en el numerador es: "planes y proyectos en ejecución".</p> <p>Resultado: (planes y proyectos en ejecución (1) / planes y proyectos aprobados con disponibilidad de recursos(1) x 100 = 100% (La ejecución puede pasar entre vigencias)</p>

PLAN OPERATIVO ANUAL EFICIENCIA FINANCIERA

VIGENCIA 2016

PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

GENERAR AUTO SOSTENIBILIDAD FINANCIERA EN LA ORGANIZACIÓN, MAXIMIZANDO LA PRODUCTIVIDAD Y GARANTIZANDO EL USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS RELACIONADOS CON LA RAZÓN DE SER LA EMPRESA.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO 2016.		
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
LA INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE SALUD.	FORMULACIÓN / GESTIÓN	3.3 Evaluar el cumplimiento a la ejecución de planes y/o proyectos de mejoramiento de infraestructura y dotación, e identificar y analizar las desviaciones existentes entre los resultados obtenidos y los esperados. (cuando aplique la ejecución dentro de la misma vigencia)	VERIFICAR	Contar con informes de seguimiento a la ejecución de planes y/o proyectos que facilite la identificación de causas y la toma de decisiones para mejorar.	Resultado: Análisis desviaciones y evaluación documentado	Actas, registros, informes.	Octubre	Octubre	Gerente Jefe Oficina Asesora de Planeación (Proyectos) Secretaría General (mantenimiento Hospitalario)	Equipo directivo y asesor	Cumplimiento	La Construcción y la interventoría del proyecto se contrataron en el mes de junio de 2016. El proyecto se suspendió del 13 de octubre al 4 de noviembre de 2016 por factores técnicos.	Informes de interventoría y actas de inicio, de adjudicación.
		3.4 Formular e implementar acciones de mejora tendientes a corregir las desviaciones identificadas, cuando haya lugar a ellas. Realizar seguimiento. (Acciones de mejora cuando hay desviación negativa o desfavorable)	ACTUAR	Garantizar el cumplimiento de planes y proyectos de inversión en infraestructura y dotación a través de acciones específicas.	Resultado: (acciones de mejora ejecutadas / acciones de mejora formuladas) *100. Puede desarrollarse a través de compromisos específicos y su cumplimiento.	Análisis de desviaciones e identificación de causas. Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Octubre	Diciembre	Gerente Jefe Oficina Asesora de Planeación (Proyectos) Secretaría General (mantenimiento Hospitalario)	Equipo directivo y asesor	No Aplica	No aplica	No aplica

CONSOLIDÓ CON FUNDAMENTO EN INFORMES OFICIALES:

APROBÓ:

FIRMA EN ORIGINAL

FIRMA EN ORIGINAL

SANDRA MILENA VIVEROS SOTTO
Jefe Oficina Asesora de Planeación

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES
Gerente

PLAN OPERATIVO ANUAL MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA 2016

PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

MEJORAR CONTINUAMENTE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL, Y DE APOYO ADMINISTRATIVO, ASUMIENDO CADA VEZ COMO LÍNEA BASE EL RESULTADO LA ÚLTIMA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO 2016.		
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
1. ALCANZAR UNA CALIFICACIÓN PROMEDIO DE 2,49 EN LOS DIFERENTES PAQUETES DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. (Objetivo específico articulado a procesos internos y a PAMEC)	Calificación de 2,49 al finalizar la vigencia 2016.	1	PAMEC 2016										
		1.1	Adelantar seguimiento semestral de ejecución a PAMEC, a través del equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad, con fundamento en los informes con corte a Junio de 2016 presentados por los equipos de autoevaluación de estándares. Consolidar y presentar informe de cumplimiento.	VERIFICAR	Revisión del 100% de los grupos de estándares. Lograr un nivel de cumplimiento del 90%	(Grupos de estándares con informe de auditoría / Grupos de estándares acreditación) *100 (Meta = 100%). (Número de actividades implementadas / Número de actividades programadas) x 100	Informe de auditoría: Seguimiento a la ejecución de PAMEC 2016 por grupos de estándares.	Junio	Julio	Equipos de autoevaluación de estándares: Presentación informe con corte a 30 de Junio de 2016. (Hasta el 15 de Julio) Equipo de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad: Auditoría, consolidación y presentación de informe general (Hasta el 28 de agosto)	Cumplimiento	OBSERVACIONES AL RESULTADO Se realizó seguimiento al PAMEC en el primer semestre del año con una revisión de 553 actividades, logrando un cumplimiento del 60%. El segundo semestre no se realizó seguimiento por concepto del comité coordinador de control y mejoramiento institucional, se tomó la decisión de mantener las oportunidades de mejora del año 2016 para el PAMEC 2017, por su bajo cumplimiento obtenido en el primer semestre de 2016.	INDICADOR Grupo de estándares con informe de auditoría (7) / Grupos de estándares de acreditación (7) x 100 = 100% Número de actividades implementadas (332) / Número de actividades programadas (553) x 100 = 60%
		1.2	Analizar las desviaciones encontradas en la auditoría de seguimiento al cumplimiento de PAMEC, y formular e implementar las acciones de mejora en caso de requerirse.	ACTUAR	Planes de mejoramiento para el 100% de los grupos de estándares que no cumplieron con la totalidad de las acciones planteadas	Análisis de resultados y desviaciones documentado. (Acciones de mejora ejecutadas / Acciones de mejora formuladas)*100 (Meta ≥90%). Cuando aplique.	Documento de análisis de resultados y definición de acciones de mejora, cuando apliquen. Plan de mejora para desviaciones desfavorables o negativas de cumplimiento a PAMEC.	Agosto	Noviembre	Dueños, líderes y responsables de la ejecución de procesos y procedimientos institucionales.	Actividad no realizada	Durante el año 2016 se generaron 38 acciones de mejora producto de las auditorías externas (EAPB).	PLANES DE MEJORA AUDITORIAS EXTERNAS Acciones de mejora ejecutadas (38) / Acciones de mejora formuladas (38)*100 = 100%
		1.3	Adelantar seguimiento final de ejecución a PAMEC, a través del equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad, con fundamento en los informes con corte a noviembre de 2016 presentados por los equipos de autoevaluación de estándares. Consolidar y presentar informe de cumplimiento y autoevaluación 2016.	VERIFICAR	Contar con información relacionada al cumplimiento en la ejecución del PAMEC. Informe equipos autoevaluación: 27 Noviembre Informe auditoría: 18 Diciembre.	(Grupos de estándares con informe de auditoría / Grupos de estándares acreditación) *100 (Meta = 100%) (Número de actividades implementadas / Número de actividades programadas) x 100	Informe de auditoría: Seguimiento a la ejecución de PAMEC por grupos de estándares.	Noviembre	embre *(Nota)	Equipos de autoevaluación de estándares: Presentación informe final de ejecución. Equipo de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad: Auditoría, consolidación y	NO APLICA	El segundo semestre no se realizó seguimiento por concepto del Comité Coordinador de Control Interno y mejoramiento Institucional se suspendió el seguimiento y se tomo la decisión de mantener las oportunidades de mejora del año 2016 por su bajo cumplimiento obtenido en el seguimiento al primer semestre de 2016.	No aplica.

PLAN OPERATIVO ANUAL MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA 2016

PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

MEJORAR CONTINUAMENTE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL, Y DE APOYO ADMINISTRATIVO, ASUMIENDO CADA VEZ COMO LÍNEA BASE EL RESULTADO LA ÚLTIMA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO 2016.			
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
	1.4	Realizar la autoevaluación de los grupos de estándares de acreditación con corte a 30 de noviembre de 2016.		Alcanzar una calificación de 2,49	Resultado cuantitativo de la Autoevaluación de los grupos de estándares de acreditación.	Informe de Autoevaluación 2016.		Diciembre	Adicionalmente, consolidación y presentación de informe general		Cumplimiento	En el mes de diciembre de 2016, en comité de control interno, se realizó la autoevaluación cuantitativa de los estándares de acreditación de la resolución 123 del 2012, obteniendo un puntaje de 1.9	Resultado cuantitativo de la Autoevaluación de los grupos de estándares de acreditación. = 1.9	
2. LOGRAR UN 90% DE CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN LOS PLANES OPERATIVOS ANUALES DE CADA VIGENCIA.	Resultado mayor o igual al 90%	2 PLANES OPERATIVOS ANUALES 2016.												
		2.1	Formular Planes Operativos Anuales transitorios para el periodo abril-diciembre de 2016. Gestionar su aprobación mediante acto administrativo y adelantar la publicación en página web institucional (En cumplimiento de la Ley 1474 de 2011. Art 74 Estatuto Anticorrupción).	PLANEAR	La entidad cuenta con planes operativos aprobados para ejecución durante la vigencia.	Cumplimiento: Planes operativos aprobados mediante acto administrativo y publicados en los términos del art 74 de la Ley 1474 de 2011.	Acto administrativo de aprobación de POA, fichas de POA firmadas.	Abril	Abril	Gerente Jefe Oficina Asesora de Planeación	Funcionarios Directivos, Asesores y Jefes de dependencias.	Cumplimiento	Se cuenta con Planes Operativos de la vigencia.	Resolución 0013 de abril 06 de 2016, mediante la cual se aprueban y adoptan los planes operativos anuales de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE para la vigencia abril - diciembre de 2016.
		2.2	Ejecutar los planes operativos anuales 2016 de conformidad con las acciones y plazos previstos.	HACER	Alcanzar un cumplimiento de ejecución de POA mínimo del 90%	Cumplimiento: (Número de actividades cumplidas / Total actividades programadas)*100.	Evidencias de ejecución conforme a lo formulado en POA para cada actividad. Informes de ejecución de POA	Abril	Diciembre *(Nota)	Responsables de ejecución de POA de acuerdo a lo descrito en cada una de las actividades. Funcionarios Directivos, Asesores y Jefes de dependencias.		Cumplimiento	El avance corresponde al primer semestre de 2016.	Número de actividades cumplidas (45) / Total actividades programadas (56) x 100 = 80.4%
		2.3	Realizar ajustes a los planes operativos anuales aprobados e incluirlos en la formulación del Plan de Desarrollo Institucional 2016 - 2020	VERIFICAR	Plan de Desarrollo 2016 2020	Cumplimiento: Plan de Desarrollo Institucional 2016 - 2020 aprobado.	Informe de seguimiento consolidado, reporte o comunicación de presentación ante Gerencia.	Julio	Diciembre	Gerente Jefe Oficina Asesora de Planeación	Responsables de ejecución de POA de acuerdo a lo descrito en cada una de las actividades.	Cumplimiento	La Gerente se posesionó el 3 de octubre del año 2016, fecha a partir de la cual se cuenta con 4 meses para la formulación y aprobación del Plan de Desarrollo de conformidad a la normatividad vigente. El Plan de Desarrollo se aprobó el 03 de febrero de 2017 mediante acuerdo 005 de la junta directiva, fuera del límite julio - diciembre.	Plan de Desarrollo Institucional de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE aprobado por la Junta Directiva

PLAN OPERATIVO ANUAL MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA 2016

PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

MEJORAR CONTINUAMENTE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL, Y DE APOYO ADMINISTRATIVO, ASUMIENDO CADA VEZ COMO LÍNEA BASE EL RESULTADO LA ÚLTIMA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO 2016.	
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
		3 PLAN GERENCIA DE LA INFORMACIÓN 2016.										
3. LOGRAR UN DESARROLLO DEL 80% EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE APALANQUEN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES	≥80%	3.1 Ejecutar el Plan de Gerencia de la Información y Plan de Seguridad Informática de conformidad con las acciones definidas, plazos previstos y responsables.	HACER	Alcanzar un cumplimiento de ejecución del 90%.	Cumplimiento: (Número de actividades cumplidas / Total actividades programadas)*100.	<p>Informes de ejecución del Plan de Gerencia de la Información.</p> <p>Informes de ejecución del Plan de Seguridad Informática.</p> <p>Evidencias de ejecución de las actividades conforme a lo formulado en Plan de Gerencia de la Información y el Plan de Seguridad Informática.</p>	Abril	Diciembre	<p>Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Profesional Universitario Archivo y Correspondencia.</p> <p>Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia</p>	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia	Cumplimiento	<p>Sin observaciones.</p> <p>Número de actividades cumplidas (14) / Total actividades programadas (14) x 100 = 100%</p>
		3.2 Realizar seguimiento a la ejecución del Plan de Gerencia de la Información y Plan de Seguridad Informática. Consolidar informe de seguimiento y resultados, para presentar a la alta dirección.	VERIFICAR	Contar con un informe de seguimiento que permita identificar el nivel de cumplimiento del Plan de Gerencia de la Información y Plan de Seguridad Informática.	Cumplimiento: Informe de seguimiento consolidado presentado a la alta dirección.	Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Septiembre	Septiembre	<p>Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Profesional Universitario Archivo y Correspondencia.</p>	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia	Cumplimiento	<p>EL informe se envió mediante comunicación oficial 513 - 14602 del 28 de diciembre de 2016.</p> <p>Informe de seguimiento suscrito por el Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas</p>
		3.3 Analizar las desviaciones encontradas en la ejecución del Plan de Gerencia de la Información y definir acciones de mejora enfocadas al cumplimiento de las metas. (Cuando hay desviación negativa o desfavorable)	ACTUAR	Acciones de mejoramiento definidas a fin de garantizar el cumplimiento de las metas	Cumplimiento: Documento de acciones de mejora para ejecución del Plan de Gerencia de la Información y Plan de Seguridad Informática	Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Octubre	Diciembre	<p>Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Profesional Universitario Archivo y Correspondencia.</p>	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Unidad Archivo y Correspondencia	Cumplimiento	<p>Mediante acta número 021 del 19 de octubre de 2016.</p> <p>Documento de acciones de mejora suscrito</p>

**PLAN OPERATIVO ANUAL
MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS**

VIGENCIA 2016

**PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

MEJORAR CONTINUAMENTE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL, Y DE APOYO ADMINISTRATIVO, ASUMIENDO CADA VEZ COMO LÍNEA BASE EL RESULTADO LA ÚLTIMA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO 2016.			
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
3. LOGRAR UN DESARROLLO DEL 80% EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE APALANQUEN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES	≥80%	PLAN DE COMUNICACIONES 2016.												
		3.4	Formular el Plan de Comunicaciones de la vigencia 2016. Gestionar su aprobación mediante acto administrativo.	PLANEAR	Contar con un documento Plan de comunicaciones aprobado y validado en comité coordinador de control interno.	Plan de Comunicaciones aprobado.	Acto administrativo de aprobación del Plan de Comunicaciones.	Abril	Mayo	Gerente Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.	Cumplimiento	"Se realizaron reuniones con los ingenieros de la Oficina de Comunicaciones y Sistemas con el fin de revisar y actualizar el Plan de Comunicaciones. EL documento fue socializado en Comité Coordinador de Control Interno."	Resolución 192 del 27 de mayo de 2016, mediante el cual se lo aprueba y adopta el Plan de Comunicaciones de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.
		3.5	Ejecutar el Plan de Comunicaciones de conformidad con las acciones y plazos previstos.	HACER	Alcanzar un cumplimiento de ejecución del 90%.	Cumplimiento: (Número de actividades cumplidas / Total actividades programadas)*100.	Evidencias de ejecución conforme a lo formulado en Plan de Comunicaciones para cada actividad. Informes de ejecución del Plan de Comunicaciones.	Abril	Diciembre	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Técnico Operativo de Comunicaciones.	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.	Cumplimiento	Se alcanzó el 80% de cumplimiento, resultado menor a la meta establecida (mayor o igual al 90%)	Número de actividades cumplidas (4) / Total actividades programadas (5) x 100 = <u>80%</u>
		3.6	Realizar seguimiento a la ejecución del Plan de Comunicaciones. Consolidar informe de seguimiento y resultados, para presentar a la alta dirección.	VERIFICAR	Contar con un informe de seguimiento que permita identificar el nivel de cumplimiento del Plan de Comunicaciones.	Cumplimiento: Informe de seguimiento consolidado presentado a la alta dirección.	Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Septiembre	Septiembre	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Técnico Operativo de Comunicaciones.	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.	Cumplimiento	EL informe se envió mediante comunicación oficial 513 - 14602 del 28 de diciembre de 2016.	Informe de seguimiento suscrito por el Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas
3.7	Analizar las desviaciones encontradas en la ejecución del Plan de Comunicaciones y definir acciones de mejora enfocadas al cumplimiento de las metas. (Cuando hay desviación negativa o desfavorable)	ACTUAR	Acciones de mejoramiento definidas a fin de garantizar el cumplimiento de las metas	Cumplimiento: Documento de acciones de mejora para ejecución del Plan de Comunicaciones.	Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Octubre	Diciembre	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, Técnico Operativo de Comunicaciones.	Equipo Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas	Cumplimiento	Mediante acta numero 021 de octubre de 2016 se suscribió documento de acciones de mejora.	Documento de acciones de mejora suscrito		

**PLAN OPERATIVO ANUAL
MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS**

VIGENCIA 2016

**PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

MEJORAR CONTINUAMENTE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL, Y DE APOYO ADMINISTRATIVO, ASUMIENDO CADA VEZ COMO LÍNEA BASE EL RESULTADO LA ÚLTIMA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO 2016.			
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
4. GARANTIZAR QUE EL 80% DE LAS COMPRAS DE MEDICAMENTOS Y DE DISPOSITIVOS MÉDICOS SE REALICEN POR MECANISMOS ELECTRÓNICOS. (La etapa de planeación se desarrolla a través de la formulación del Plan Anual de Adquisiciones)	Resultado mayor o igual al 80%	4 COMPRAS POR MECANISMOS ELECTRÓNICOS												
		4.1	Ejecutar los procesos de compras de medicamentos y de insumos médico quirúrgicos a través de mecanismos electrónicos. Recoger los datos para la construcción de indicadores que permitan medir los procesos.	HACER	Realizar compras electrónicas mínimo del 80% del total de las compras, para medicamentos e insumos médico quirúrgicos. Contar con datos e información del proceso	Resultado: (Valor de adquisiciones por mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones) *100	Reportes de ejecución de compas, informes, comunicaciones oficiales.	Enero	Diciembre *(Nota)	Profesional Universitario Suministros		Cumplimiento	Se adelantaron las gestiones tendientes a contar con mecanismos que posibiliten las compras por medios electrónicos. Se suscribió el contrato No. 018-2016 con objeto de uso y explotación de la plataforma de comercio electrónico de bionexo para Pasto Salud ESE. La plataforma de bionexo para Pasto Salud ESE se encuentra en operación.	(Valor de adquisiciones por mecanismos electrónicos: 2.514.286.376 / Valor total de adquisiciones: 2.514.286.376) x100 = 100%
		4.2	Adelantar el seguimiento a la ejecución de las compras a través de mecanismos electrónicos y consolidar los informes periódicos (Semestral y Anual consolidado). Presentar resultados a Gerencia.	VERIFICAR	Contar con informes de seguimiento que permitan analizar las desviaciones y tomar decisiones para el mejoramiento.	Cumplimiento: Informe de seguimiento a la ejecución * Semestral * Anual consolidado	Informes, comunicaciones oficiales, actas.	Abril	Diciembre *(Nota)	Profesional Universitario Suministros		Cumplimiento	Se adelantaron las gestiones a la ejecución realizando las compras a través de mecanismos electrónicos con la plataforma electrónica de Bionexo.	Informe de seguimiento a la ejecución * Semestral, * Anual consolidado
4.3	Formular e implementar acciones de mejora tendientes a corregir las desviaciones identificadas. Realizar seguimiento. (Acciones de mejora cuando hay desviación negativa o desfavorable)	ACTUAR	Mejorar el proceso de compras electrónicas a través de acciones específicas cuando se presentan desviaciones negativas.	Resultado: (Acciones de mejora ejecutadas / acciones de mejora formuladas) *100. Puede desarrollarse a través de compromisos específicos y su cumplimiento.	Análisis de desviaciones e identificación de causas. Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Abril	Diciembre *(Nota)	Profesional Universitario Suministros	Equipo directivo y asesor	No aplica	No Aplica, porque se dio cumplimiento al objetivo planteado.	No aplica.		

PLAN OPERATIVO ANUAL MEJORAMIENTO DE PROCESOS INTERNOS

VIGENCIA 2016

**PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

MEJORAR CONTINUAMENTE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL, Y DE APOYO ADMINISTRATIVO, ASUMIENDO CADA VEZ COMO LÍNEA BASE EL RESULTADO LA ÚLTIMA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO 2016.			
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
5. ALCANZAR UN 80% EN LA SATISFACCIÓN DE PROVEEDORES	Resultado mayor o igual al 80%	5 SATISFACCIÓN DE PROVEEDORES												
		5.1	Revisar la encuesta del año 2016 para obtener información de la satisfacción de los proveedores en sus relaciones con Pasto Salud ESE, ajustar en caso de ser necesario.	PLANEAR	Encuesta para medición de satisfacción de proveedores.	Cumplimiento: Encuesta para medición de satisfacción de proveedores, revisado y avalado para su aplicación.	Actas, registros, metodología.	Abril	Abril	Secretaría General - Suministros Oficina Asesora Jurídica		Cumplimiento	Evidencias: - "Documento: Metodología Evaluación de nivel de satisfacción de proveedores, de Abril de 2016 - Encuesta de Proveedores". Documento metodológico para medición de satisfacción de proveedores, revisado y avalado para su aplicación	
		5.2	Aplicar la encuesta que permita establecer el nivel de satisfacción de los proveedores. Consolidar datos e informe de resultados.	HACER	Contar con datos e información sobre la percepción y satisfacción de los proveedores.	Resultado: Nivel de satisfacción de los proveedores.	Instrumentos de recolección de datos, bases de datos de consolidación, informes de satisfacción de proveedores.	Abril	Septiembre	Secretaría General - Suministros Oficina Asesora Jurídica		Cumplimiento	Acta de comité de contratación No.052 se informa el nivel de satisfacción de nuestros proveedores cumpliendo con el 85%	Nivel de satisfacción de proveedores = 85%
		5.3	Socializar al personal directivo y asesor de la entidad los resultados obtenidos en la medición de satisfacción de proveedores, para identificar las desviaciones y posibles causas.	VERIFICAR	Contar con espacios de análisis conjunto que permita identificar las oportunidades de mejora para enfocar las acciones de mejora.	Cumplimiento: Informe de socialización, análisis de resultados.	Informes, comunicaciones oficiales, actas.	Septiembre	Septiembre	Secretaría General - Suministros Oficina Asesora Jurídica	Equipo directivo y asesor	Cumplimiento	Socialización en Comité de Control Interno del 29/09/2016	Informe de socialización, análisis de resultados.
		5.4	Formular e implementar acciones de mejora tendientes a corregir las desviaciones identificadas. Realizar seguimiento. (Acciones de mejora cuando hay desviación negativa o desfavorable)	ACTUAR	Mejorar los resultados a través de acciones específicas cuando se presentan desviaciones negativas.	Resultado: (Acciones de mejora ejecutadas / acciones de mejora formuladas) *100. Puede desarrollarse a través de compromisos específicos y su cumplimiento.	Análisis de desviaciones e identificación de causas. Actas, registros, comunicaciones oficiales.	Octubre	Diciembre ** (Nota)	Secretaría General - Suministros Oficina Asesora Jurídica		No aplica	No se detecto desviación en el porcentaje de cumplimiento que obedece al 85% en el nivel de satisfacción. (Meta = 80%)	No aplica.

CONSOLIDÓ CON FUNDAMENTO EN INFORMES OFICIALES:

FIRMA EN ORIGINAL

SANDRA MILENA VIVIEROS SOTTO

Jefe Oficina Asesora de Planeación

APROBÓ:

FIRMA EN ORIGINAL

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES

Gerente

PLAN OPERATIVO ANUAL ENFOQUE EN LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS

VIGENCIA 2016

PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

MEJORAR LA SATISFACCIÓN Y LEALTAD DE LA POBLACIÓN USUARIA, A TRAVÉS DE PROCESOS INSTITUCIONALES QUE RESPONDAN A SUS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO AÑO 2016.		
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
												OBSERVACIONES AL RESULTADO	INDICADOR
MEJORAR EN UN 10% LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIA	: AL RESULTADO DEL AÑO 2015 (95,19%); ACUMULADO 10% (No aplica acumulado por superar el 100%); MEJORAR EN UN 2% : AL RESULTADO DEL AÑO 2015 (95,19%); ACUMULADO 10% (No aplica acumulado por superar el 100%)	1.1	Generar el resultado final de satisfacción de la vigencia 2015 para determinar viabilidad de meta para la vigencia 2016 (Enero). Revisar o validar y definir la metodología y los instrumentos a aplicar para la medición de satisfacción de los usuarios. (Muestreo por red y prestador)	PLANEAR Contar con la meta validada de satisfacción de usuarios (Subgerencia de Salud, Direcciones Operativas de Red, SIAU) Así mismo se toma la muestra estadística establecida por la Oficina Asesora de Planeación.	Cumplimiento: Documento formal de validación de la meta de satisfacción de usuarios para la vigencia 2016. Muestra estadística.	Documento formal de validación de la meta de satisfacción de usuarios para la vigencia 2016. Comunicación Oficial de la Muestra estadística a aplicar en la vigencia 2016.	Enero	Febrero	Profesional Universitario SIAU	Aux . Lidia Descance, Directores Operativos y Subgerencia Salud.	Cumplimiento	"Se ajustó el formato de encuesta aplicado en el año 2015, para ser aplicado en el año 2016 y se realizó el análisis estadístico para determinar el tamaño de la muestra estadística establecida por la Oficina Asesora de Planeación".	<u>Se verificó el documento</u> mediante el cual se realiza el cálculo del tamaño de la muestra estadística.
		1.2	Desplegar los resultados de satisfacción de usuarios de la vigencia 2015 y la muestra a aplicar para la medición durante la vigencia 2016, enfocado al personal operativo de redes y sede administrativa.	HACER Los resultados alcanzados y la muestra estadística de medición para este año (2016) se difunde y es conocido por el personal operativo.	Cobertura de despliegue: (Número de personas participantes del despliegue / Población objetivo)*100 (Meta ≥ 80%)	Listas de asistencia, huellas de envío a través de correo electrónico institucional, actas.	Febrero	Febrero	Profesional Universitario SIAU	Aux . Lidia Descance, Directores Operativos y Subgerencia Salud.	Cumplimiento	"Se socializó el informe de medición de satisfacción de los usuarios con directores operativos de red a través de la subgerencia de salud e investigación y con personal de SIAU responsables de la red de prestadores".	Número de personas participantes del despliegue (10) / Población objetivo (12) x 100 = 83% Cumplimiento = meta 80%.
		1.3	Determinar la medición de satisfacción de usuarios y PQSF, aplicando los instrumentos definidos. (HACER) Generar informes con corte trimestral para satisfacción de usuarios y para PQSF. (VERIFICAR)	HACER VERIFICAR Conocer el nivel de satisfacción y PQSF de los usuarios, para fundamentar la toma de decisiones.	(Número de encuestas aplicadas / Número de muestra definida)*100 Informe de satisfacción trimestral y PQSF Trimestral. (Número de usuarios satisfechos / Número de usuarios encuestados)*100 (Meta anual = incremento en 2%) (Número de PQSF Tramitadas / Número de PQSF presentadas) x 100	Encuestas aplicadas, soportes de PQSF, informes consolidados trimestral satisfacción y PQSF.	Abril	Diciembre *(Nota)	Profesional Universitario SIAU	Aux . Lidia Descance, Directores Operativos y Subgerencia Salud.	Cumplimiento	Mediante la aplicación de la encuestas a usuarios, de conformidad al número dado en la muestra estadística se conocer el nivel de satisfacción de los usuarios del I y II trimestre del año 2016.	<u>Aplicación de la muestra</u> Número de encuestas aplicadas (1571) / Número de muestra definida (1571) x 100 = 100% <u>Nivel de satisfacción.</u> Número de usuarios satisfechos (1.444) / Número de usuarios encuestados (1.571) x 100 = 92% . (Meta anual: incremento del 2%). El año pasado fue del 95,19%. No se cumplió la meta, hubo una disminución del 3,19%. <u>PQSF gestionadas:</u> Número de PQSF tramitadas (589) / número de PQSF (589) x 100 = 100%

PLAN OPERATIVO ANUAL ENFOQUE EN LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS

VIGENCIA 2016

**PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL OBJETIVO ESTRATÉGICO			MEJORAR LA SATISFACCIÓN Y LEALTAD DE LA POBLACIÓN USUARIA, A TRAVÉS DE PROCESOS INSTITUCIONALES QUE RESPONDAN A SUS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS.											
OBJETIVO ESPECÍFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO AÑO 2016.			
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
	MEJORAR EN UN 2% FRENTE FRENTE	1.4		Se cuenta con espacios de análisis para determinar principales causas de satisfacción e insatisfacción, sobre lo cual se plantean acciones de mejora si hay lugar a ellas para el cumplimiento de metas.	ACTUAR	Se espera contar con espacios de análisis para determinar principales causas de satisfacción e insatisfacción, sobre lo cual se plantean acciones de mejora si hay lugar a ellas para el cumplimiento de metas.	Análisis de desviaciones documentado. (Número de acciones de mejora ejecutadas / Número de acciones de mejora formuladas)*100 (Meta ≥90%) Cuando aplique.	Plan de mejora suscrito.	Mayo	Diciembre ** (Nota)	Profesional Universitario SIAU	Aux . Lidia Descance, Directores Operativos y Subgerencia Salud.	Cumplimiento	"Plan de mejoramiento formulado y aprobado". El porcentaje obtenido equivale al avance del Plan de mejoramiento que se debe ejecutar de mayo a diciembre". Número de acciones de mejora ejecutadas (4) / Número de acciones formuladas (4) x 100 = 100% . (Meta ≥90%).
GENERAR PROCESOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LOS ASPECTOS DE PLANIFICACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN UN 5% FRENTE AL RESULTADO DEL AÑO 2015	2.1		Revisar la vigencia y operatividad de las asociaciones de usuarios de IPS de Pasto Salud ESE), planificar la conformación o renovación según el vencimiento de periodos. Concertar y, documentar el plan de trabajo que incluye reuniones y temáticas a tratar en la vigencia 2016.	PLANEAR	Se espera contar con asociaciones de usuarios conformadas y vigentes, así mismo con un plan de trabajo para la vigencia.	(Número de asociaciones de usuarios conformadas y vigentes / Número de IPS)*100	Acta de vigencia y conformación de asociaciones de usuarios. Plan de trabajo aprobado.	Febrero	Diciembre	Profesional Universitario SIAU	Aux . Lidia Descance, Directores Operativos y Subgerencia Salud.	Cumplimiento	Sin observaciones. Número de asociaciones de usuarios conformadas y vigentes (21) / Número de IPS (21) X 100 = 100%
		2.2		Los integrantes de las asociaciones de usuarios conocen el plan de trabajo y se cumplen las acciones definidas.	HACER	Los integrantes de las asociaciones de usuarios conocen el plan de trabajo y se cumplen las acciones definidas.	(Número de asociaciones de usuarios con plan de trabajo concertado / Número de Asociaciones vigentes)*100 (Número de actividades cumplidas del plan de trabajo / Número de actividades programadas)*100	Listas de asistencia. Lista de chequeo de seguimiento a ejecución de acciones contenidas en el plan diligenciada.	Mayo	Diciembre ** (Nota)	Profesional Universitario SIAU	Aux . Lidia Descance, Directores Operativos y Subgerencia Salud.	Cumplimiento	Sin observaciones. Número de asociaciones de usuarios con plan de trabajo concertado (21)/ número de asociaciones vigentes (21) x 100 = 100% . Número de actividades cumplidas del plan de trabajo (85) / número de actividades programadas (103) x 100 = 82.5%
		2.3		Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de trabajo de cada asociación de usuarios, así como al nivel de participación de usuarios en las diferentes asociaciones.	VERIFICAR	Contar con informe de cumplimiento de acciones establecidas en el plan, determinando las causas de no ejecución. Así mismo se espera conocer el nivel de participación de usuarios.	Comunicación oficial de seguimiento (Articulado a indicadores de la actividad 2.3)	Lista de chequeo de seguimiento a ejecución de acciones contenidas en el plan diligenciada.	Agosto	Agosto	Profesional Universitario SIAU	Aux . Lidia Descance, Directores Operativos y Subgerencia Salud.	Cumplimiento	Se evidencia lista de chequeo de seguimiento al Plan de Trabajo de las Asociaciones de usuarios Lista de chequeo de seguimiento a planes de acción suscrito por la profesional universitario SIAU

**PLAN OPERATIVO ANUAL
ENFOQUE EN LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS**

VIGENCIA 2016

**PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

**ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
OBJETIVO ESTRATÉGICO**

MEJORAR LA SATISFACCIÓN Y LEALTAD DE LA POBLACIÓN USUARIA, A TRAVÉS DE PROCESOS INSTITUCIONALES QUE RESPONDAN A SUS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS.

OBJETIVO ESPECIFICO 2012-2016	META 2016	ACCIONES	PHVA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	PLAZOS		RESPONSABLES		SEGUIMIENTO AÑO 2016.		
							INC	FIN	LÍDER	EQUIPO	ESTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
INCREMENTAR LA PAR	2.4	Formular e implementar acciones de mejora cuando existan desviaciones.	ACTUAR	Acciones de mejora formuladas e implementadas cuando se requieran.	(Número de acciones de mejora cumplidas / Número de acciones de mejora formuladas)*100	Plan de mejora formulado e implemetado informe de seguimiento.	Agosto	Diciembre ** (Nota)	Profesional Universitario SIAU	Aux . Lidia Descanse, Directores Operativos y Subgerencia Salud.	Actividad no realizada	Sin observaciones.	No reporte.

CONSOLIDÓ CON FUNDAMENTO EN INFORMES OFICIALES:

FIRMA EN ORIGINAL

SANDRA MILENA VIVEROS SOTTO

Jefe Oficina Asesora de Planeación

APROBÓ:

FIRMA EN ORIGINAL

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES

Gerente

Nivel de Cumplimiento POA 2016				
OBJETIVOS ESRATEGICOS	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	Porcentaje de cumplimiento	OBSERVACIONES
POA PROCESOS INTERNOS	17	21	81,0	Las actividades programadas son 21, pero tres de ellas no aplican porque corresponden a acciones de mejoramiento que no presentaron desviaciones y una fue suspendida en comité coordinador de control interno
POA EFICIENCIA FINANCIERA	14	15	93,3	
POA TALENTO HUMANO	7	12	58,3	Las actividades programadas son 12, pero dos actividades fueron suspendidas: una en Comité Coordinador de Control Interno y otra corresponde a acciones de mejoramiento que no presentaron desviaciones.
POA USUARIOS	7	8	87,5	
Cumplimiento	45	56	80,4	

CONSOLIDÓ CON FUNDAMENTO EN INFORMES OFICIALES: <i><u>FIRMA EN ORIGINAL</u></i> SANDRA MILENA VIVEROS SOTTO Jefe Oficina Asesora de Planeación	APROBÓ: <i><u>FIRMA EN ORIGINAL</u></i> ANA BELÉN ARTEAGA TORRES Gerente
---	---