PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL: RED DE SALUD SURORIENTE ESE **2014 - 2015**

OBJETIVO ESTRATÉGICO: MODELO DE ATENCIÓN CON ENFASIS EN APS, CON SERVICIOS HUMANIZADOS Y SEGUROS.

EJE ESTRATEGICO : PROCESO

OBJETIVO SUPERIOR 1: DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA APS.

CRONOGRAMA

No. De la estrategia u objetivo	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADOR DE MEDICIÓN	LINEA BASE	META 2014	ACTIVIDADES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
							Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
	Ubicación de las familias afectadas por los riesgos priorizados según el análisis de situación de salud.	LIDER DEPROMOCION Y PREVENCION	Proporción de familias en riesgo priorizaas con visita domiciliar e intervención realida según el riesgo definido (# de familias visitadas e intervenidas / # de familias priorizadas)	0	70 % de las familias priorizadas se visitan y se intervienen.	Realizar priorización de familias a visitar teniendo en cuenta población definida por bases de datos de personas atendidas en la ESE.																																														
						Realizar visita domiciliaria a población priorizada.																																														
						Sistematizar la información.																																														
						Analizar y tomar decisiones de intervención con los datos generados de la información recolectada.																																														
						Intervenir a las familias priorizadas según la información recolectada y analizada.																																														
						Evaluar impacto de la intervención realizada.																																														
						Documentar las lesiones aprendidas y los mejoramientos realizados.																																														
	Diseño, implementación y evaluación de una estrategia para el trabajo de la Dimensión de Salud Mental y Convivencia Social.	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Proporción de familias a riesgo según APGAR familiar.			realizacion de encuestas psiciosociales a los nucleos familiares																																														
						terapias grupales con familias de iguales rasgos																																														
				0	65%	analizar y tomar decisiones de intervención de los datos generados de la información recolectada.																																														
			Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	64	> 85	Realizar análisis de causas de la captación oportuna y de la brecha.																																													
						Estándarizar las acciones que permitieron mejorar la captación de gestantes antes de la semana 12 de gestación.																																														
						Realizar plan de mejoramiento para lograr la meta de captación de gestantes antes de la semana 12.																																														
						Socializar las acciones estandarizadas y el plan de mejoramiento al personal asistencial que intervienen en la atención de la gestante.																																														
						Socializar las acciones al personal de procesos de apoyo y misionales de la ESE																																														
						Socializar a los grupos de apoyo de la estrategia IAMI de la ESE.																																														
						Asignar metas de cumplimiento por punto de atención.																																														
						Monitorear de manera mensual las metas por punto de atención y por la ESE.																																														
						Se toman decisiones de acuerdo a hechos y datos, en aras de cumplir con la meta propuesta.																																														
						Programar capacitación mensual al equipo que interviene en la atención de la gestante, en los temas de Sifilis Gestacional y Congenita con el objetivo de mejorar la destreza en la identificación de factores de riesgo, diagnóstico y seguimiento de la patologia.																																														
						Identificar la población con factores de riesgo para ETS, desde los historicos de bases de datos de la ESE.																																														

OP1: Aumento de la resolutividad de acuerdo a la priorización de problemas de salud de la Comuna 16, trabajado integralmente con enfoque de ciclo vital y genero.	Diseño, implementación y evaluación de una estrategia para el trabajo de la Dimensión de Salud Sexual y Reproductiva.	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Incidencia de Sifilis Congenita en gestantes atendidas por la ESE	7	0	Solicitar a R-fast el desarrollo de un sistema de alertas que permita la identificación oportuna de población con factores de riesgo definidos en los lineamientos de la Secretaria de Salud Municipal para ETS																																											
						Realizar el plan de capacitación aplicando pre, post-test y evaluación a historia clinica por el ginecologo.																																											
						Realizar seguimiento continuo a la población identificada con factores de riesgo, e intervención según lo detectado.																																											
						Articulación con los aseguradores para la busqueda activa de los usuarios, las gestantes con poca adherencia al programa.																																											
						Realizar jornadas escolares encaminadas a capacitación, aplicación de pruebas rápidas, tratamiento y seguimiento.																																											
						Busqueda domiciliaria y seguimiento a la gestante con diagnóstco de sifilis gestacional para garantizar la adherencia y el éxito del tratamiento.																																											
						Realizar en el COVE institucional el segumiento a la atención del caso, el análisis de causas según el protocolo de Londres de casos y la toma de decisiones en los casos de diagnóstico de sifilis gestacional y congenita																																											
						Fortalecer las estrategias de educación a la población respecto a los riesgos de la enfermedad y sus consecuencias.																																											
						realizar curso psicoprofilactico junto con la pareja																																											
			Proporción de embarazos en adolescentes		<10%	realizar seguimiento a las pruebas de laboratorio y se remitan al programa las pruebas de embarazo positivas																																											
						realizar consultas de planificacion familiar en colegios																																											
						dentro de las mismas visitas a colegio realizar mercadeo del servicio de planificacion y servicios amigables al joven																																											
						fortalecer las actividades ludicas de servicios amigables al joven																																											
			% de mujeres en el programa de planificación familiar (# de mujeres con captación y adherencia al programa de PF/ # de mujeres suceptibles de ingresar al programa de PF		75%	continuar la consulta de planificacion familiar por enfermeria de primera vez																																										
						continuar la consulta de control por enfermeria																																											
						promocionar los dispositivos intradermicos mejor acogida																																											
	Diseño, implementación y evaluación de una estrategia para el trabajo de la Dimensión de Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles.	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Evaluación de aplicación de guia de manejo de crecimiento y desarrollo			realizar capacitaciones mesuales al personal asistencial encargdo de la atencion del menor haciendo enfasis en la estrategia AIEPI																																											
						realizar evaluacion pre pos-test para evaluar conocimiento																																											
						realizar auditoria de historias clinicas del programa de crecimiento y desarrollo																																											
						realizar planes de mejoramiento individual																																											
				80	>80%	seguimientos a los planes de mejoramiento																																										
			Evaluación de aplicación de guia de manejo especifica: Guia de Atención de Enfermedad Hipertensiva y Diabetes.			realizar capacitaciones mesuales al personal asistencial encargado de la atencion del adulto mayor con enfermedades cronicas no trasmitibles																																											
						realizar evaluacion pre y pos-test para evaluar conocimiento																																											
						realizar auditoria de historias clinicas de la guia de atencion a las enfermedades cronicas no trasmisibles																																											

						realizar planes de mejoramiento individual																																											
				75	>90%	seguimientos a los planes de mejoramiento																																											
			Proporción de HTA controlados.			realizar auditoria de las historias clinicas con diagnostico de HTA																																											
						medir el porcentaje de hipertensos controlados en los 6 primeros meses																																											
						identificar las causas de pacientes no controlados y respectivo plan de mejoramiento																																											
						promocionar habitos saludables con la nutricionista																																											
OP2: Desarrollo de redes comunitarias, institucionales e intersectoriales para la Comuna 16	Organizar e implementar la ruta de servicios integrales de salud al interior de la ESE.	SUBGERENCIA CIENTIFICA	% de implementacion de la remisiones inernas			elaborar los ruteros para las remisiones inetrnas de la ESE																																											
						socializar los ruteros de remision a los lideres de procesos y ellos a sus funcionarios																																											
						implementar los ruteros																																											
				0	80%	medir la adherencia a los mismos																																											
	Desarrollo de redes de apoyo con la comunidad de la Comuna 16 e Integrarse a la red de prestación de servicios de la Comuna 16	LIDER DE GESTIÓN AL USUARIO - lider SIAU				Cumplir con el cronograma de actividades de los grupos poblacionales y de la comunidad																																											
						Articularse con la red unidos																																											
	Estructuración del **Manual de Auditoria**, donde se especifique como se hace el Plan de Auditoria en aras de la garantía de la pertinencia clínica y la gestión del riesgo.	AREA DE CONTROL Y MEJORA	Manual de auditoria estructurado		100%	1. Concertaciòn de objetivos con el equipo de colaboradores del proceso de control y mejora																																											
						2. planificaciòn del plan anual de auditorias 2014																																											
						3. Levantamiento de procedimientos y registros de cada area del proceso de control y mejora																																											
						4. Manual de Auditoria realizado del proceso de control y mejora																																											
	Realizar las rondas de seguridad con periodicidad mensual a todos los procesos institucionales.	AREA DE CONTROL Y MEJORA	% de cumplimiento: # de auditorias realizadas / # de auditorias programadas		100 % de las auditorias realizadas	1. Realizar cronograma.																																											
						2. Realizar las rondas.																																											
						3. Realizar los informes y levantar los planes de mejoramiento individual.																																											
	Realizar el Plan de Auditorias Internas según la norma ISO 9001:2008.	AREA DE CONTROL Y MEJORA	% de ejecución del Plan de Auditorias Internas.		100%	1.Seguimiento de hallazgos de auditoria de calidad 2013																																											
						2. Evaluaciòn de competencias de los auditores internos.																																											
						3.Formaciòn de auditores.																																											
						4.Auditoria intergral de calidad * Planificación, Realizacion, informes																																											
						5. Auditoria intergral de calidad * Revision gerencial																																											
						5. Evaluaciòn de desempeño de los auditores internos.																																											
	Realizar autoevaluación según los estándares de habilitación.	AREA DE CONTROL Y MEJORA	No estandares de habilitaciòn alcanzados/ No estandares evaluados		100%	1. Realizar cronograma de auditorias de habilitaciòn.																																											
						2. Ejecuciòn de auditoria de habilitaciòn																																											
						3. Realizar el informe a Gerencia de hallazgos encontrados																																											
	Realizar evaluación de adherencias a las guías y protocolos institucionales	AUDITORIA MEDICA	% de cumplimiento: numero de historias clínicas con pertinencia según protocolos y guias / total de historias clinicas	65%	80%	Programas las fechas y temas para la evaluacion a guias y protocolos de la ESE de manera trimestral																																											
						Realizar la evaluacion de guias y protocolos de la isntitucion																																											

| | | |

| | | |

| | | |

OP1:La ESE presenta una excelente gestión en el control del gasto a través de la información detallada de los costos por servicio	organizacional de costos por area funcional	FINANCIERA	de areas		estructura de costos	Establecer las tablas de distribución de los costos por mano de obra, insumos y gastos generales.	
	Establecer las plantillas de costos por actividades	JEFE OFICINA FINANCIERA	No de Actividade parametrizadas / No total de Actividades		100 % de las actividades costeadas	Verificar las actividades que realiza la institucion en la prestacion de los servicios	
						Identificar parametrizar el consumo de mano de obra, materiales y gastos generales que se aplican en cada actividad	
	Generar y socializar con periodicidad mensual, el informe de costos por actividades para su análisis y	JEFE OFICINA FINANCIERA	Actas de reunion mensual		Informe detallado mensual de costos	Mantener actualizados los parametros del modulo de costos de acuerdo a la norma	
						verificar el informe de costos una vez se haya realizado el cierre de los modulos	
OP2. El análisis del costo y el gasto apoyan la toma de decisiones y	La ESE toma decisiones para lograr ubicarse sin Riesgo	JEFE OFICINA FINANCIERA	Riesgo Fiscal y Financiero		Sin Riesgo	Analisis de la contratacion costos vs ingresos con las diferentes EPS	
						Seguimiento a la ejeucion financiera y asistencial de los contratos	
	Diseño, implementación y evaluación de una estrategia	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Evaluación de aplicación de guia de manejo de crecimiento y			Evaluacion permanente de los indicadores financieros	
						Analisis de la productividad vs costos	

OBJETIVO ESTRATÉGICO: LA ESE ESTA CATEGORIZADA SIN RIESGO FISCAL NI FINANCIERO — **EJE ESTRATEGICO : FINANCIERO**

OBJETIVO SUPERIOR 2: ADMINISTRAR EL RIESGO DERIVADO DE LA FORMA DE CONTRATACIÓN CAPITADA.

CRONOGRAMA

	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR DE MEDICIÓN	LINEA BASE	META 2014	ACTIVIDADES
OP1. Disminucion del riesgo a traves de la administracion de la suficiencia de la capita.	Estructuracion del costo por actividades de cada capita de acuerdo con las coberturas de cada convenio	JEFE OFICNA FINANCIERA - RESPONSABLE DE COSTOS	# de contratos capitados con estructura de costos definida / total de contratos de la vigencia		100% de los contratos con estructura	Revision y Estandarizacion de actividades por contrato
						Realizar medicion de la ejecucion del contrato vs la UPC establecida y Numero de usuarios
						seguimiento a la productividad como lo establece el decreto 2193
	Parametrizar el sistema de acuerdo a la estructura de	JEFE OFICNA FINANCIERA - RESPONSABLE DE COSTOS	% de contratos capitados parametrizados en el modulo de		100%	Agrupar los procedimientos de acuerdo a la guia de atencion
						Establecer los paquetes de acuerdo a la cobertura de contratacion
	Seguimiento, análisis, socialización y toma de	JEFE OFICNA FINANCIERA - RESPONSABLE DE COSTOS	Medicion del Margen de la Contratacion por EPS Y		12	revision del margen de contratacion vs pacientes atendidos en el mes
						revision de metas planteadas en la contratacion vs ejecutadas
OP2. Las politicas establecidas por a rede de Salud Suroriente ESE en el manejo de usuarios inasistentes y policonsultantes se reflejan en el incremento de sus ingresos	Establecer, socializar, implementar y evaluar los mecanismos de medición de	SUBGERENTE CIENTIFICA	No de Inasistentes / poblacion atendida		1	Identificar en que programas se presentan los inasistentens y policonsultantes
						Establecer el procedimiento para el manejo de policonsultantes
	Estrategias de control para disminuir las inasistencias y policonsultantes definidas,	SUBGERENTE CIENTIFICA	No de policonsultantes / poblacion atendida		1	Realizacion de seguimientos mensuales a traves de las bases de datos
						Socializacion a los grupos legalmente conformados del procedimiento implementado sobre el manejo de inasistentes
	Seguimiento al indicador definido para monitorear los inasistentes y policonsultantes, analizada,	SUBGERENTE CIENTIFICA	Proporción de la disminución de inasistentes y policonsultates en el trimestre.		10% de disminucion por mes con referente	analisis y socializacion mensual del indicador tanto internamente como externamente (liga de usuarios)
						establecer en comunidad estrategias para el mejoramiento con relacion a los inasistentes y policonsultantes

OBJETIVO ESTRATÉGICO: LA ESE ESTA CATEGORIZADA SIN RIESGO FISCAL NI FINANCIERO — **EJE ESTRATEGICO : FINANCIERO**

OBJETIVO SUPERIOR 3: OFERTA DE SERVICIOS Y MERCADEO

CRONOGRAMA

OBJETIVO PRIORIZADO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR DE MEDICIÓN	LINEA BASE	META 2014	ACTIVIDADES
OP1. La Red de Salud del Suroriente ESE promueve el mejoramiento de los servicios de consulta externa, hospitalización y	Estudio de mercado de la Comuna 16 y su area de influencia	PLANEACIÓN	Plan de Mercadeo diseñado, documentado, implementado y evaluado		100% plan diseñado e implementado	Análisis comparativo de tarifas institucionales de los servicios ofertados por la ESE frente a la competencia
						Analisis DOFA de los servicios ofertados por la ESE
						Diseñar, aprobacion e implementar y evaluar el Plan de Mercadeo
						Promocion y divulgacion del portafolio der servicios
OP2. La nueva cultura de atención humanizada y segura de la Red de Salud del Suroriente ESE genera fidelización y atrae nuevos usuarios en los servicios.	Diseñar, implementar y evaluar un programa de fidelización de los usuarios.	PLANEACIÓN - COMUNICACIONES	Programa de fidelización diseñado, documentado,implementado y evaluado.		1	Estrategias de fortalecimiento de los valores institucionales en el cliente interno, y externos.
						Desarrollar estrategias de Informacion, Educacion y Comunicación (IEC), con elcliente interno y externo
						Evaluacion del programa de fidelizacion de los usuarios
	Realizar estrategias que logren la satisfación de los usuarios y la respuesta y gestión oportuna de las quejas.	SIAU	% de satisfacción del usuario - Quejas con respuesta y gestión antes de 15 dias.		95%	Aplicación mensual de encuestas de satisfaccion
						Presentacion mensual del informe de satisfaccion del usuario
						Promover la Educacion Integral en Derechos y Deberes en Salud a los usuarios
						Brindar escucha activa ante la PQR con planes de mejoramiento.
						Mejorar los tiempos de respuesta

OBJETIVO ESTRATÉGICO: LA ESE ESTA CATEGORIZADA SIN RIESGO FISCAL NI FINANCIERO — **EJE ESTRATEGICO : FINANCIERO**

OBJETIVO SUPERIOR 4: MANEJO DE INGRESOS Y FLUJO DE CAJA

CRONOGRAMA

OBJETIVO PRIORIZADO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR DE MEDICIÓN	LINEA BASE	META 2014	ACTIVIDADES
OP1. Incremento de los	Facturación oportuna y eficiente de los servicios contrados por la ESE	LIDER DE GESTIÓN AL USUARIO	valor radicado/valor facturado		100%	Capacitacion permanente al personal de facturacion y asistencial
						revision de la parametrizacion de los contratos
						socializacion de la contratacion

OP1. Incremento de los ingresos por un eficiente proceso de facturación	contratados por la ESE.					Seguimiento a la radicacion oporuna
	Diseño, implementación, monitoreo y evaluación de una Estrategia de Auditoria Integral a los servicios	AUDIORIA MEDICA	% de glosas mensuales		<3%	Realización de preauditoria a las cuentas previa su radicación en los aseguradores.
						Verificación de que los servicios prestados se facturen en su totalidad.
						Realizar medición, control y gestion de la glosa.
OP2. Gestión del recuado generando equilibrio presupuestal.	Estrategias de incremento del recaudo frente al reconocimiento	CARTERA	Valor recaudado / valor en el mes radicado		>95%	circularizar a los clientes los saldos adeudados
						realizacion de conciliaciones periodicas con las diferentes eps
						generar acuerdos de pago
		JEFE OFICINA FINANCIERA	Equilbrio Presupestal		>1	implementar estrategias de incremento del recaudos en el regimen subsidiado
						implementar estrategias de mercadeo y de servicios complementarios al regimen particular

OBJETIVO ESTRATÉGICO: ADECUADO Y EFECTIVO DESARROLLO ADMINISTRATIVO — **EJE ESTRATEGICO : FORMACION Y DESARROLLO**

OBJETIVO SUPERIOR 1: SISTEMA DE INFORMACIÓN EFICAZ Y OPORTUNO PARA LA TOMA DE DECISIONES

OBJETIVO PRIORIZADO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR DE MEDICIÓN	LINEA BASE	META 2014	ACTIVIDADES
OP1:Información estandarizada y transmitida de forma oportuna	Diseño, implementación, monitoreo y evaluación de un Sistema de Información	LIDER DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Sistema de Información estructurado y socializado.	SD	1 Sistema de Información estructurado y	Estructuración del Sistema de Información (Recolección, Procesamiento, Reportes internos, Externos y el Análisis).
						Realizar 2 reuniones de socialización del Sistema de Información.
			% de información socializada con procesos, comunidad y junta directiva (# de reunion con indicadores del Sistema de Infomración socializados / # de reuniones programadas para socialización de indicadores)	SD	90% de las reuniones programadas para socialización de indicadores del Sistema de Información, realizadas.	Seguimiento de la entrega de indicadores con su análisis al 10 de cada mes a los lideres de proceso, el 12 a Planeación y Calidad.
						Reunión mensual (Cuarta semana del mes) del comité tecnico para seguimiento y toma de decisiones donde se presentan los indicadores y su análisis por cada proceso según lo definido en la documentación del Sistema de Información.
						Reunión mensual (según crograma de comités de obligatorio cumplimiento) de socialización por cada proceso de los indicadores institucionales analizados en comité tecnico.
						Realizar de manera trimestral informes escritos que se difundan de manera impresa o a través de la red, donde se socialicen los indicadores del Comité Técnico. (Carteleras, periódico y página web)
						Realizar de manera trimestral informes escritos y presentados en Junta Directiva, según matriz de la Secretaria de Salud Municipal, respecto al Indicador No 8 de la Resolución 743 de 2013: Utilización de la información de los RIPS, realizado por Epidemiología.
						Reunión semestral con amplia participación de la comunidad donde se socialicen de manera didáctica los indicadores institucionales discutidos en comité de gerencia.
						Verificación mensual de puntos de control sobre la generación oportuna y de calidad del dato.
	El software se maneja de forma adecuada y estandarizada para obtener información para la toma de decisiones.	LIDER DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	% de información consistente entre la generada por los lideres de proceso y el área de estadistica.	SD	70 % de la información consistente	Estandarización de los ruteros para la generación de los informes requeridos por procesos según la estructuración del Sistema de Información.
						Capacitación y actualización en el manejo operativo del software, estandarizar reportes de la información para los clientes internos y externos.
						Realizar programa de capacitación con líderes de los procesos donde se socialicen los parámetros para procesar los indicadores requeridos según lo estructurado en el Sistema de Información.
						Informes mensuales de lideres de proceso generados según los ruteros estandarizados.
						Estadistica realiza de manera mensual cruce de información para verificar coincidencia en los datos.

CRONOGRAMA: ENERO (Sem 1–4), FEBRERO (Sem 1–4), MARZO (Sem 1–4), ABRIL (Sem 1–4), MAYO (Sem 1–4), JUNIO (Sem 1–4), JULIO (Sem 1–4), AGOSTO (Sem 1–4), SEPTIEMBRE (Sem 1–4), OCTUBRE (Sem 1–4), NOVIEMBRE (Sem 1–4)

OBJETIVO ESTRATÉGICO: ADECUADO Y EFECTIVO DESARROLLO ADMINISTRATIVO — **EJE ESTRATEGICO : FORMACION Y DESARROLLO**

OBJETIVO SUPERIOR 2: SISTEMA DE CONTROL INTERNO OPERANDO DE MANERA EFICAZ

OBJETIVO PRIORIZADO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR DE MEDICIÓN	LINEA BASE	META 2014	ACTIVIDADES
OP1. Se fortalece la cultura institucional de gestión por procesos	Aprobación e implementación del Direccionamiento Estrategico y el Plan de Desarrollo	GERENCIA	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional (# de metas del POA cumplidos/# de POA programadas)		90% de las metas cumplidas.	Aprobar el Plan de Desarrollo realizado de manera participativa.
						Realización de un programa de inducción y reinducción donde se incluya la Plataforma Estratégica Institucional y la orientación del enfoque por procesos, que incluya capacitación por cada uno de ellos.
						Socialización de la Plataforma Estratégica y del Mapa de los procesos institucionales con el 100 % de las personas que laboran en la ESE, por proceso.
						Incluir dentro de las evaluaciones de desempeño un objetivo que permita el control del cumplimiento de la plataforma estratégica y la gestión por procesos.
						Incluir en los contratos por Orden de Prestación de servicios y por Agremiación clausulas que verifiquen la alineación del contratista y los asociados con el direccionamiento estratégico de la ESE.
	Re - diseño, implementación y monitoreo del mapa de procesos y sus caracterizaciones	LIDER DE CALIDAD -PLANEACION	# de procesos implementados / # total de procesos implementados		100%	Acompañar y asesorar la aprobacion y rediseño del mapa de procesos institucionales en conjunto con el Comité de Calidad
						Aprobación de las caracterizaciones de los procesos administrativos.
						Auditora de Calidad a la gestion por procesos

CRONOGRAMA: ENERO (Sem 1–4), FEBRERO (Sem 1–4), MARZO (Sem 1–4), ABRIL (Sem 1–4), MAYO (Sem 1–4), JUNIO (Sem 1–4), JULIO (Sem 1–4), AGOSTO (Sem 1–4), SEPTIEMBRE (Sem 1–4), OCTUBRE (Sem 1–4), NOVIEMBRE (Sem 1–4)

	caracterizaciones					Actualizacion de los procedimientos de los procesos de direccionamiento, misionales y de apoyo.
	Actualización, aprobación, monitoreo y análisis del mapa de Riesgos de acuerdo a los procesos institucionales.	OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	% de rondas de seguridad realizadas (No de rondas seguridad realizadas / No de rondas de seguridad programadas)		100%	Realización de una ronda de seguridad mensual donde se fortaleza el control y la cultura del autocontrol que incluya los proceso misionales y de apoyo.
						Actualización del mapa de riesgos de manera periodica.
OP2. Implementar el MECI.	Diseñar, implementar y evaluar el mecanismo del control interno disciplinario de la institución.	TALENTO HUMANO	Manual de operativo de control interno disciplinario		50%	Elaborar el manual de procedimiento del proceso disciplinario, acorde con lo definido en la Ley 734 de 2000
						Socializar el procedimiento del proceso disciplinario.
						Realizar seguimiento a los casos enmarcados en la Ley 734 del 2000
	Seguimiento, evaluación y análisis del MECI	OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	#de reuniones realizadas / # de reuniones programadas		% de calificacion > 90%	Auto evaluación del Sistema de Control Interno y Evaluación independiente del Sistema de Control Interno (SGC).
						Ajustes a la implementación del Sistema de Control Interno.
						Resocializar el Sistema de Control Interno y los resultados de las evaluaciones (Retroalimentación).
						Seguimiento a las acciones de mejora de las debilidades encontradas

OBJETIVO ESTRATÉGICO: ADECUADO Y EFECTIVO DESARROLLO ADMINISTRATIVO **EJE ESTRATEGICO : FORMACION Y DESARROLLO**

OBJETIVO SUPERIOR 3: ADECUADA Y OPORTUNA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN EN EL APOYO LOGISTICO.

CRONOGRAMA

OBJETIVO PRIORIZADO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR DE MEDICIÓN	LINEA BASE	META 2014	ACTIVIDADES
oportunos y de calidad para la pr	Evaluacion, analisis y rediseño del procedimiento de compras	LIDER DE GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Proceso estructurado y documentado		100%	Realizar el plan de compras anual teniendo en cuenta el IPC que lo establece el gobierno, de acuerdo al historico de consumo generado en la vigencia anterior teniendo conocimiento del incremento de la demanda poblacional.
						Presentar plan de compras al area de presupuesto para conformar el presupuesto global de la ese
						Presentacion del plan de compras al comité para su ajuste , observacion y aprobacion.
						Publicar el plan de compras en la pagina web.
						Seguimientos al plan de compras a través de los comités de forma trimestral
		LIDER DE GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Proporción de medicamentos y material medico - quirurgico adquiridos por los 3 mecanismos definidos en la Resolución 743 de 2012.		>70 %	Realizar compras trimestrales de acuerdo a los requerimientos por servicios, monitoreando mínimos y máximos de existencia en almancen.
						1) Programar la compra del modulo del secop
						Parametrizar el modulo del secop
						Iniciar la compra a través de éste proceso
	Manejo eficiente de los inventarios y entrega oportuna de insumos, garantizando la prestación del servicio y el control del gasto.	LIDER DE GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	% de ajustes por inconsistencias < $200,000. en la vigencia		100%	Realizar control de existencias e inventarios mensual
						Realizar monitoreo permanente del consumo vs la producción para hacer control y racionalización del gasto.
						Entrega de pedidos los primeros cinco días del mes en las sedes y semanal al area hospitalaria y laboratorio
OP2. Se cuenta con una infraestructura y dotación adecuados para la prestación del servicio.	Diseñar, implementar y evaluar el Plan de Gestión de la Tecnología.	LIDER DE GESTIÓN DE LA INFORMACION	Plan de Gestion Tecnologica		50%	Diseñar el plan de Gestion de la tecnologia.
						Realización de autoevaluación con estándares de dotación según la Resolución 1441, correspondiente al componente de habilitación
						Priorización de la inversión requerida para cumplir con los estándares de autoevaluación y las necesidades de la institucion, diseñar Plan de Comunicaciones.
						Evaluacion de la ejecucion de la inversion realizada en equipos de sistema (licenciamiento, sotware y pagina web) , biomedicos y de uso hospitalario
	Realizar la gestión del Ambiente Físico	LIDER DE AMBIENTE FISICO	% de ejecución de la adecuación y mantenimiento del ambiente físico programada (# de adecuaciones y de mantenimiento del ambiente físico realizadas / # de adecuaciones y de mantenimiento del ambiente físico programadas)		95%	Elaboracion del diagnostico hospitalario a partir de los estandares de habilitacion, estandares de acreditacion.
						Elaboracion del plan de Mantenimiento Hospitalario
						Priorizar la inversion requerida para cumplir con los estandares de habilitacion y acreditacion
						Ejecutar las actividades
						realizar seguimiento trimestral a la ejecucion de las actividades

OBJETIVO ESTRATÉGICO: LA ESE CUENTA CON UN CLIENTE INTERNO Y EXTERNO PARTICIPATIVO EN LA GESTIÓN DE LA EMPRESA. EJE ESTRATEGICO: CLIENTE

OBJETIVO SUPERIOR 1: LA ESE CUENTA CON UN PLAN DE BIENESTAR LABORAL EFECTIVO Y EFICIENTE PARA EL CLIENTE INTERNO

CRONOGRAMA

OBJETIVO PRIORIZADO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR DE MEDICIÓN	LINEA BASE	META 2014	ACTIVIDADES
OP1. Estructuracion de Plan de Bienestar de la ESE	Identificacion de la necesidades del cliente Interno	LIDER DE TALENTO HUMANO	Informe de necisades del 100% del personal		Matriz de necesidades por area	Realizacion de encuestas al 100% del talento humano de la ESE (Planta- agremiado- OPS)
						Tabulacion de encuestas
						Infome de necesidades por area funcional
	Priorizacion de necesidades del Cliente Interno y elaboracion del Plan de Bienestar	LIDER DE TALENTO HUMANO	Plan de Bienestar e Insentivos aprobado		100% del plan ejecutado	Priorizacion de necesidades por area funcional
						Presupuestar las necesicidades para asignacion de recursos
						Elaboracion del plan de insentivos revisado por la Comision de Bienestar.
						Presentacion del Plan a la gerencia para la aprobacion
						Indicador de cumplimiento de ejecucion del Plan de Bienestar e insentivos

OBJETIVO ESTRATÉGICO: LA ESE CUENTA CON UN CLIENTE INTERNO Y EXTERNO PARTICIPATIVO EN LA GESTIÓN DE LA EMPRESA. EJE ESTRATEGICO: CLIENTE

OBJETIVO SUPERIOR 2: LA ESE FOMENTA LA PARTICIPACION A LOS CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS MEDIANTE ESPACIOS DE DIALOGO Y CONCERTACION

OBJETIVO PRIORIZADO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR DE MEDICIÓN	LINEA BASE	META 2014	ACTIVIDADES	CRONOGRAMA																																									
							ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
							Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
OP. 1 Desarrollo de la Estrategia de Participación del Cliente Interno y Externo en la Gestión dela ESE.	Realizacion de diagnostico participativo con la comunidad y otros sectores sobre necesidades de salud en la Comuna	LIDER DE P Y P - EPIDEMIOLOGA	Documento con diagnostico de morbilidad sentida		documento con diagnostico de morbilidad sentina	Reunion con colaboradores de la ESE que participaron en el grupo focal realizado con la comunidad en el 2013 a fin de recopliar la informacion del diagnostico de la morbilidad sentida.																																															
						Determinar y gestionar informacion pendiente que permita tener diagnostico de morbilidad sentida de manera integral																																														
						Realizar documento donde se plasme el diagnostico de la morbilidad sentida																																														
						Socializacion del documento con la comunidad y ajuste de la misma																																													
						Socializacion con el personal administrativo de la organización como insumo para la toma de decisiones.																																														
	Plan de accion priorizado con las actividades a realizar	LIDER DE P Y P	Plan de accion priorizado y ejectutado		100% de las actividades planeadas ejecutadas	Realizar plan de accion a desarrollar con la comunidad en el 2014 conjuntamente con P y P, SIAU, atencion hospitalaria y trabajo social																																														
						Convocatoria a la comunidad para la participacion en el plan de accion atraves del COVECOM																																														
						Desarrollo del plan de accion priorizado con la comunidad																																													
						Evaluar la efectividad del plan de accion desarrollado con la comunidad atraves del COVECOM																																														
	Conformacion de equipos primarios para incentivar la participacion del cliente interno en la Gestion de la ESE	LIDER DE CADA PROCESO Con el acompañamiento del Lider del SIAU	Acta de conformacion de los equipos por proceso - informe de actividades propuestas y % de ejecucion.		100 % de los equipos funcionando	Promover la interiorización de los valores institucionales con el cliente interno y externo.																																													

				SEGUIMIENTO				
DICIEMBRE				Responsable del seguimiento	SEGUIMIENTO 1: Fecha 31 Marzo 2014	SEGUIMIENTO 2: Fecha 30 J	SEGUIMIENTO 3: Fecha XXXX	SEGUIMIENTO 4: Fecha XXXX
Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4		Estado	Estado	Estado	Estado
				PLANEACION				
				PLANEACIÓN				
				PLANEACIÓN				
				PLANEACIÓN				
				PLANEACIÓN				
				PLANEACIÓN				
				PLANEACIÓN				
				PLANEACIÓN				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACIÓN				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				

PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN		PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN

CONTROL INTERNO	CONTROL INTERNO	CONTROL INTERNO	CONTROL INTERNO	CONTROL INTERNO	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN		PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	CPMTROL INTERNO	PLANEACIÓN	CPMTROL INTERNO	CPMTROL INTERNO	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN	PLANEACIÓN

DICIEMBRE				SEGUIMIENTO				
				Responsable del seguimiento	SEGUIMIENTO 1: Fecha 31 Marzo 2014	SEGUIMIENTO 2: Fecha 30 J	SEGUIMIENTO 3: Fecha XXXX	SEGUIMIENTO 4: Fecha XXXX
Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4		Estado	Estado	Estado	Estado
				PLANEACION				
				PLANEACIÓN				
				PLANEACIÓN				
				PLANEACIÓN				
				CONTROL INTERNO				
				CONTROL INTERNO				
				CONTROL INTERNO				
				CONTROL INTERNO				
				CONTROL INTERNO				
				CONTROL INTERNO				
				CONTROL INTERNO				
				CONTROL INTERNO				
				CONTROL INTERNO				
				CONTROL INTERNO				
				PLANEACION				
				PLANEACIÓN				
				PLANEACION				
				PLANEACIÓN				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION

				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				

					SEGUIMIENTO			
DICIEMBRE				Responsable del seguimiento	SEGUIMIENTO 1: Fecha 31 Marzo 2014	SEGUIMIENTO 2: Fecha 30 J	SEGUIMIENTO 3: Fecha XXXX	SEGUIMIENTO 4: Fecha XXXX
Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4		Estado	Estado	Estado	Estado
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				
				PLANEACION				

				PLANEACIÓN			
				PLANEACIÓN			
				PLANEACIÓN			
				PLANEACIÓN			
				PLANEACIÓN			
				PLANEACIÓN			
				PLANEACIÓN			
				PLANEACIÓN			
				PLANEACIÓN			
				PLANEACIÓN			

					SEGUIMIENTO			
DICIEMBRE				Responsable del seguimiento	SEGUIMIENTO 1: Fecha 31 Marzo 2014	SEGUIMIENTO 2: Fecha 30 J	SEGUIMIENTO 3: Fecha XXXX	SEGUIMIENTO 4: Fecha XXXX
Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4		Estado	Estado	Estado	Estado
				PLANEACIÓN				

				SEGUIMIENTO				
DICIEMBRE				Responsable del seguimiento	SEGUIMIENTO 1: Fecha 31 Marzo 2014	SEGUIMIENTO 2: Fecha 30 J	SEGUIMIENTO 3: Fecha XXXX	SEGUIMIENTO 4: Fecha XXXX
Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4		Estado	Estado	Estado	Estado

				SEGUIMIENTO				
DICIEMBRE				Responsable del seguimiento	SEGUIMIENTO 1: Fecha 31 Marzo 2014	SEGUIMIENTO 2: Fecha 30 J	SEGUIMIENTO 3: Fecha XXXX	SEGUIMIENTO 4: Fecha XXXX
Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4		Estado	Estado	Estado	Estado
				PLANE ACON				

DICIEMBRE			
Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4

				SEGUIMIENTO				
DICIEMBRE				Responsable del seguimiento	SEGUIMIENTO 1: Fecha 31 Marzo 2014	SEGUIMIENTO 2: Fecha 30 J	SEGUIMIENTO 3: Fecha XXXX	SEGUIMIENTO 4: Fecha XXXX
Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4		Estado	Estado	Estado	Estado
				PLANEACIÓN				
				PLANEACIÓN				
				PLANEACIÓN				
				PLANEACIÓN				
				PLANEACIÓN				

				SEGUIMIENTO				
DICIEMBRE				Responsable del seguimiento	SEGUIMIENTO 1: Fecha 31 Marzo 2014	SEGUIMIENTO 2: Fecha 30 J	SEGUIMIENTO 3: Fecha XXXX	SEGUIMIENTO 4: Fecha XXXX
Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4		Estado	Estado	Estado	Estado
				PLANEACIÓN				

				SEGUIMIENTO				
DICIEMBRE				Responsable del seguimiento	SEGUIMIENTO 1: Fecha 31 Marzo 2014	SEGUIMIENTO 2: Fecha 30 J	SEGUIMIENTO 3: Fecha XXXX	SEGUIMIENTO 4: Fecha XXXX
Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4		Estado	Estado	Estado	Estado
				PLANEACIÓN				

				SEGUIMIENTO				
DICIEMBRE				Responsable del seguimiento	SEGUIMIENTO 1: Fecha 31 Marzo 2014	SEGUIMIENTO 2: Fecha 30 J	0	SEGUIMIENTO 4: Fecha XXXX
Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4		Estado	Estado	Estado	Estado
				PLANEACIÓN				

				SEGUIMIENTO				
DICIEMBRE				Responsable del seguimiento	SEGUIMIENTO 1: Fecha 31 Marzo 2014	SEGUIMIENTO 2: Fecha 30 J	SEGUIMIENTO 3: Fecha XXXX	SEGUIMIENTO 4: Fecha XXXX
Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4		Estado	Estado	Estado	Estado
				PLANE ACION				