



**ESE HOSPITAL REGIONAL  
MANUELA BELTRAN  
SOCORRO**

**Cod:**

**Versión: 01**

**Fecha: 14/02/2011**

**Página 1 de 4**

**FORMATO PARA ACTAS**

**Área:**

Sistema de Control Interno

**Acta N°: 001**

**Reunión:** EVALUACION PLANES OPERATIVOS ANUALES DE INVERSIONES VIGENCIA 2017 (PLAN DE DESARROLLO) SISTEMA DE CONTROL INTERNO

**Fecha:** 28 de diciembre de 2017

**Preside la reunión:** Ariel Alfonso Jiménez Escobar (Gerente)

**Hora de Inicio:** 9:00 pm

**Secretario(a) de la Reunión:** Maribel Arguello Cala (Asesor Control Interno)

**Lugar:** Despacho Gerencia

No	ORDEN DEL DIA
1.	Verificación de Quórum.
2.	Instalación de la Reunión a cargo del Dr. Ariel Alfonso Jiménez Escobar Gerente
3.	Presentación Resultados de Ejecución de los Planes Operativos Anuales de Inversión vigencia 2017 a cargo de los Líderes responsables de Cada proceso, (Entrega de informes escritos)
4.	Proposiciones y Varios
5.	Compromisos

No	NOMBRE	CARGO	ASISTENCIA
1	Dr. Ariel Alfonso Jiménez Escobar	Gerente	Si
2	Dr. Diego Armando Rivero Castillo	Subgerente Administrativo y Financiero	Si
3	Dr. Cesar Augusto Barajas Herrera	Subgerente Científico	Si
4	Natalia Delgado Gómez	Profesional Universitario Talento Humano	Si
3	Sandra Patricia Rangel Guerrero	Asesora Jurídica	Si
5	Ing. Angélica María Rueda	Asesora Calidad	Si
6	Diana Córdoba Silvestre	Coordinador Mercadeo	Si
8	Ing. Josué Cala Calvete	Coordinador Sistemas de Gestión	Si
9	Maribel Arguello Cala	Profesional Control Interno	Si
10	Alba Lucia Castillo Jiménez	Coordinador Sistemas de Información al Usuario SIAU	SI
11	Gladys Acero Aguilar	Coordinador Salud Pública	SI

**DESARROLLO DEL ORDEN DEL DIA**

- 1. Verificación del Quórum.** La Dra. Maribel Arguello Cala presento su saludo a los asistentes y agradeció su asistencia, efectuó el llamado a lista, se constató que asistieron 11 integrantes de los convocados existiendo quórum para sesionar y deliberar.
- 2. Instalación de la Reunión a cargo del Dr. Ariel Alfonso Jiménez Escobar Gerente.** El Dr. Ariel presento un saludo a los asistentes, les agradeció su participación en la reunión manifestando que es importante para la entidad realizar la Evaluación de los Planes Operativos Anuales de Inversiones de la vigencia 2017, correspondientes a las metas trazadas en el Plan de Desarrollo Institucional 2016-2020.



**FORMATO PARA ACTAS**

**3. Presentación Resultados de Ejecución de los Planes Operativos Anuales de Inversión vigencia 2017 a cargo de los Líderes responsables de Cada proceso, (Entrega de informes escritos)**

La Dra. Maribel profesional de Control Interno hace uso de la palabra para manifestar a los asistentes que el ejercicio obedece a la evaluación y seguimiento, que anualmente se debe realizar por parte de los Asesores de Control Interno al cumplimiento de las metas y proyectos trazados en el Plan de Desarrollo Institucional, que los Planes Operativos fueron enviados y socializados por la oficina de Gestión de la Calidad en el mes de enero y septiembre a cada líder de proceso responsable de las metas plasmadas en cada eje.

Continuo manifestándoles que la dinámica de Evaluación se realizaría con cada líder de proceso presentación de los resultados de ejecución de las metas a su cargo y socializar las acciones que llevo a cabo para obtener estos resultados, y hacer entrega del informe escrito con las evidencias a la oficina de Control Interno como soporte para el expediente de Evaluación de los POAI 2017.

Una vez finalizada su intervención se dio paso a las intervenciones de los líderes de los Procesos que son los siguientes:

No	NOMBRE	PROCESO
2	Dr. Diego Armando Rivero Castillo	Subgerente Administrativo y Financiero
3	Dr. Cesar Augusto Barajas Herrera	Subgerente Científico
4	Natalia Delgado Gómez	Profesional Universitario Talento Humano
3	Sandra Patricia Rangel Guerrero	Asesora Jurídica
5	Ing. Angélica María Rueda	Asesora Calidad
6	Diana Córdoba Silvestre	Coordinador Mercadeo
8	Ing. Josué Cala Calvete	Coordinador Sistemas de Gestión
10	Alba Lucia Castillo Jiménez	Coordinador Sistemas de Información al Usuario SIAU
11	Gladys Acero Aguilar	Coordinador Salud Pública

Los líderes de los procesos presentaron a los asistentes la Ejecución del Plan Operativo Anual de Inversiones de cada una de sus áreas y evidenciaron las acciones realizadas para el cumplimiento de los mismos, quedando pendiente la entrega de los informes escritos para ser presentados durante los días 29 y 30 de diciembre de la actual vigencia. Informes que reposaran en el expediente correspondiente en la oficina de Control Interno.

La Evaluación se desarrollo en dos etapas se presentaron y evaluar las metas establecidas en los POAI con corte a 30 de junio, y los POAI con corte a 30 de diciembre.

Como resultado de la exposición y evaluación del primer semestre, se realizó la matriz de evaluación y ejecución que es parte integral de esta acta.

Una vez finalizada las exposiciones de evaluación y ejecución la Dra. Mariel Asesor de Control Interno toma la palabra para manifestar a los asistentes que el Balance es positivo para la institución, se presenta 73 metas para el primer semestre de las cuales:



**FORMATO PARA ACTAS**

<b>Cantidad Metas</b>	<b>Porcentaje Alcanzado</b>
51	100%
1	93%
1	91%
1	90%
1	82%
4	50%
14	0%

Obteniendo un promedio de ejecución para el primer semestre del 77%.

El Dr. Ariel hace uso de la palabra para invitar a los asistentes a continuar trabajando mancomunadamente en la consecución de los resultados propuestos para la vigencia 2017, que redunde en la mejora continua de la entidad, y solicito que las metas que no fueron alcanzadas se realicen acciones de mejora y se reprogramen para el segundo semestre.

Continua manifestando que las metas contempladas para la adquisición de equipos y la puesta en marcha del Servicio de Cuidado Intermedio Neonatal, no se pudieron llevar a cabo durante el primer semestre por la falta de recursos económicos, y que revisada la proyección financiera para la vigencia estas adquisiciones deberán ser reprogramadas.

### **RESULTADOS EVALUACION DEL SEGUNDO SEMESTRE**

Como resultado de la exposición y evaluación del segundo semestre, se realizó la matriz de evaluación y ejecución que es parte integral de esta acta.

El Dr. Ariel hace uso de la palabra para manifestar a los asistentes que ante la situación jurídica presentada con la Elección del Gerente. De acuerdo a lo establecido en la norma fue necesario presentar nuevamente el Plan de Desarrollo y de Gestión, en el cual se tuvo en cuenta gran parte de las acciones planteadas inicialmente, otras fueron analizadas si financieramente si existía viabilidad para llevarlas a cabo o no, lo que dio como resultado una nueva Matriz Plurianual ajustada a las necesidades de la entidad.

Una vez finalizada las exposiciones de evaluación y ejecución la Dra. Maribel Asesor de Control Interno toma la palabra para manifestar a los asistentes que el Balance es positivo para la institución, se presenta 41 metas para el segundo semestre de las cuales:



**ESE HOSPITAL REGIONAL  
MANUELA BELTRAN  
SOCORRO**

**Cod:**

**Versión: 01**

**Fecha: 14/02/2011**

**Página 4 de 4**

**FORMATO PARA ACTAS**

Cantidad Metas	Porcentaje Alcanzado
33	100%
1	93%
2	89%
1	88%
1	70%
1	65%
2	50%

Obteniendo un promedio de ejecución para el segundo semestre del 95%. Esto teniendo en cuenta que 33 de las metas alcanzaron un cumplimiento del 100%,

El Dr. Ariel Gerente de la Entidad toma la palabra para agradecer al Equipo de trabajo por su apoyo permanente en la consecución de los objetivos propuestos, y el compromiso permanente con la entidad y las metas trazadas en pro de la mejora continua en beneficio de la comunidad.

**4. Propositiones y Varios**

No hubo proposiciones y varios

**5. Compromisos**

- Presentación de los informes escritos durante los días 29 y 30 de diciembre de la actual vigencia
- Acciones de mejoramiento para las metas que no alcanzaron cumplimiento del 100% durante la vigencia.
- Incluir para la siguiente vigencia las metas no cumplidas

  
**ARIEL ALFONSO JIMENEZ ESCOBAR**  
Presidente Comité

  
**MARIBEL ARGUELLO CALA**  
Asesor Control Interno

Elaboro: proceso apoyo calidad	Revisado por: Líder Proceso Calidad	Aprobado por: Gerencia
Cargo: proceso apoyo calidad	Cargo: asesora de calidad	Cargo: gerente
Fecha: 14/02/2010	Fecha:	Fecha:



ESE HOSPITAL REGIONAL MANUEL A. BELTRÁN SOCCORRO  
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2016-2020  
 ANEXO  
 SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN OPERATIVO VIGENCIA 2017 - PERIODO ENERO A JUNIO  
 COMPONENTE PROGRAMATICO POR VIGENCIA 2017

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	PROGRAMADO 2017	PERIODICIDAD	EJECUTADO	FECHA INICIO	FECHA DE TERMINACION	ACCIONES REALIZADAS	RESPONSABLE LIDER	CUMPLIMIENTO %
1 SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013	Evaluar anualmente la aplicación de guía de manejo específica para hemorragias intracerebrales o trastornos hipertensivos gestacionales cuyo resultado debe ser >0,90	Evaluación Anual realizada Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación específica de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con alteradas en la E.S.E con diagnóstico de hemorragia de II trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación	>0,90	Mensual	Enero: 0,83 Febrero: 0,81 Marzo: 0,88 Abril: 0,76 Mayo: 0,8 Junio: 0,77 Promedio: 0,8	01/01/2017	30/12/2017	Se midió el nivel de adherencia a las historias clínicas de la muestra representativa, tomándose una muestra representativa y se socializaron los resultados en los Comités de Historias Clínicas. Se cumplió con lo planeado. Evidenciadas en la oficina de Calidad	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100
2 SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013	Evaluar anualmente la aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de movilidad propiamente porque resultado de la evaluación su índice sea >0,80	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación específica de la guía de manejo adoptada por la E.S.E para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de movilidad atendida en la vigencia/Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de movilidad atendida en la vigencia	>0,80	Mensual	Enero: 0,91 Febrero: 0,88 Marzo: 0,93 Abril: 0,9 Mayo: 0,75 Junio: 0,68 Julio: 0,73 Promedio: 0,82	01/01/2017	30/12/2017	Se midió el nivel de adherencia a las historias clínicas de la muestra representativa, tomándose una muestra representativa y se socializaron los resultados en los Comités de Historias Clínicas. Evidenciadas en la oficina de Calidad	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100
3 SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013	Evaluar anualmente la atención oportuna en pacientes que requieren la realización de laparoscopia, y proporcionar que el resultado de la evaluación su índice sea >0,90	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó laparoscopia dentro de las 8 horas de confirmación del diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis en la vigencia	>0,90	Mensual	Enero: 0,96 Febrero: 0,95 Marzo: 0,96 Abril: 1 Mayo: 0,82 Junio: 0,91 Julio: 0,91 Promedio: 0,93	01/01/2017	30/12/2017	Se dio optimo cumplimiento a la adherencia de la guía de manejo de laparoscopia, así como a la atención y realización de laparoscopia de ellos pacientes. Se continuara evaluando la atención oportuna e inmediata que requieren la realización de laparoscopia, continuando con la presencia de este indicador al comité de Calidad de la Resolución No 278 de 2014	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100
4 SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013	Mantener el índice de pacientes pediátricos con neumonías broncopulmonares de origen intrahospitalario y variación interanual (Cero (0) o Variación Negativa	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncopulmonares de origen intrahospitalario en la vigencia/objeto de evaluación/Número de pacientes pediátricos con neumonías broncopulmonares de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	0	Mensual	Enero: 0 Febrero: 0 Marzo: 0 Abril: 0 Mayo: 0 Junio: 0 Julio: 0 Promedio: 0	01/01/2017	30/12/2017	Se midió el nivel de adherencia a las historias clínicas de la muestra representativa, tomándose una muestra representativa y se socializaron los resultados en los Comités de Calidad	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100
5 SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013	Mantener el índice Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Injerto Agudo del Mocoarrio (IAM) >0,90	Número de pacientes con diagnóstico de Injerto de Injerto Agudo a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior al diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de Injerto de Injerto Agudo del Mocoarrio en la vigencia	>0,90	Mensual	Enero: 1 Febrero: 1 Marzo: 1 Abril: 0,78 Mayo: 0,75 Junio: 0,8 Julio: 0,93 Promedio: 0,9	01/01/2017	30/12/2017	Se dio optimo cumplimiento a la adherencia de la guía de manejo de laparoscopia, así como a la atención y realización de laparoscopia de ellos pacientes. Se continuara evaluando la atención oportuna e inmediata que requieren la realización de laparoscopia. Continuar con la presentación de este indicador al comité de Calidad de acuerdo a lo establecido en la Resolución No 278 de 2014	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100



ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCCORRO  
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2016-2020  
 ANEXO  
 SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN OPERATIVO VIGENCIA 2017 - PERIODO ENERO A JUNIO  
 COMPONENTE PROGRAMATICO POR VIGENCIA 2017

ELI ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	PROGRAMADO 2017	PERIODICIDAD	EJECUTADO	FECHA INICIO	FECHA DE TERMINACION	ACCIONES REALIZADAS	RESPONSABLE LIDER	CUMPLIMIENTO %
6.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013	Prestar los servicios con Oportunidad en la atención de consulta de Pediatría y propender que su índice sea >= 55	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier motivo para ser atendido en la consulta médica gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita. Número total de consultas médicas pediátricas asignadas en la institución	55	Mensual	Enero 2,7 Febrero 4,2 Marzo 4,4 Abril 3,87 Mayo 5,2 Junio 4,2 Julio 4,13 Promedio: 4,1	01/01/2017	30/12/2017	Durante los meses evaluados se dio cumplimiento al indicador	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100
7.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013	Prestar los servicios con Oportunidad en la atención de pacientes de gineco-obstétrica y propender que sus índice sea >= 58	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier motivo para ser atendido en la consulta médica gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita. Número total de consultas médicas gineco-obstétricas asignadas en la institución	58	Mensual	Enero 6,8 Febrero 5,6 Marzo 5,9 Abril 7,62 Mayo 7,45 Junio 8,70 Julio 7,39 Promedio: 7	01/01/2017	30/12/2017	Durante los meses evaluados se dio cumplimiento al indicador	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100
8.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013	Prestar los servicios con Oportunidad en la atención de pacientes en Medicina Interna y propender que su índice sea >= 51,5	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier motivo para ser atendido en la consulta médica interna y la fecha para la cual es asignada la cita. Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución	51,5	Mensual	Enero 13,73 Febrero 14,41 Marzo 17,70 Abril 14,95 Mayo 17,34 Junio 15 Julio 15,92 Promedio: 15,57	01/01/2017	30/12/2017	Se realizaron acciones de mejoramiento	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	90
9.SERVICIOS	Gestionar recursos ante los entes Nacionales y Departamentales para la apertura de Nuevos Servicios basados en un estudio previo de Mercados	Realizar la Apertura de Servicio de Ciudad Intermedio Neonatal	No. De Servicios reportados como novedad en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud	1	Annual	0	01/01/2017	30/12/2017	Actividad no viable	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	0
10.SERVICIOS	Fortalecer los Servicios de Alta Complejidad ante las EPS con una estrategia adecuada de mercado	Establecer y Documentar la Política de Comunicación	Oficina de Mercado e Información creada e implementada	1	Annual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se creó la oficina de comunicaciones	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	100
		Crear la Oficina de Mercado e Información									
		Realizar dos Campañas anuales de los servicios que presta la institución a través de diversos Medios de Comunicación, que existan en el área de influencia	Número de Campañas efectuadas	2	Annual	2	01/01/2017	30/12/2017	Se realizó mediante los medios de comunicación, la difusión del pontifado de servicios.	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	100
11.SERVICIOS	Fortalecer el liderazgo académico gestionando Seminarios, Simposios dirigidos a los profesionales de la Región y a los profesionales de la E.S.E	Gestionar la realización anual de Seminarios o Simposios dirigidos a los profesionales de la región y al personal de la E.S.E	Número de Seminarios o Simposios realizados	1	Annual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se realizó el simposio de Pediatría el día 10 de junio de 2017	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100



ESE HOSPITAL REGIONAL MANUEL A BELTRAN SOCORRO  
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2016-2020  
 ANEXO  
 SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN OPERATIVO VIGENCIA 2017 - PERIODO ENERO A JUNIO  
 COMPONENTE PROGRAMATICO POR VIGENCIA 2017

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	PROGRAMADO 2017	PERIODICIDAD	EJECUTADO	FECHA INICIO	FECHA DE TERMINACION	ACCIONES REALIZADAS	RESPONSABLE - LIBER	CUMPLIMIENTO %
12.SERVICIOS	A través de recursos propios ó gestionados ante el departamento o la Nación, adquirir dotación de equipos biomédicos para las diferentes especialidades	Realizar la Compra de Equipo de esterilización automatizada con dado de Eteno	Numero de equipos adquiridos/Numero de equipos planeados adquirir	1	Anual	0	01/01/2017	30/12/2017	Actividad no cumplida	GERENCIA SUBDIRECTOR CIENTIFICO	0
		Realizar la Compra de equipo de electrocardiografía y potenciales evocados somnio seriales	Numero de equipos adquiridos/Numero de equipos planeados adquirir	1	Anual	0	01/01/2017	30/12/2017	Actividad no cumplida	GERENCIA SUBDIRECTOR CIENTIFICO	0
13.SERVICIOS	A través de recursos propios ó gestionados ante el departamento o la Nación, adquirir dotación de equipos biomédicos para las diferentes especialidades	Realizar la Compra de Dos camas hospitalarias para atención del parto	Numero de equipos adquiridos/Numero de equipos planeados adquirir	2	Anual	0	01/01/2017	30/12/2017	Actividad no cumplida	GERENCIA SUBDIRECTOR CIENTIFICO	0
		Realizar la Compra de 6 incubadoras para el servicio de Cuidado Intermedio Neonatal	Numero de equipos adquiridos/Numero de equipos planeados adquirir	6	Anual	0	01/01/2017	30/12/2017	Actividad no cumplida	GERENCIA SUBDIRECTOR CIENTIFICO	0
14.SERVICIOS	A través de recursos propios ó gestionados ante el departamento o la Nación, adquirir dotación de equipos biomédicos para las diferentes especialidades	Realizar la Compra de 7 monitores de Signos Vitales para el servicio de Cuidado Intermedio Neonatal	Numero de equipos adquiridos/Numero de equipos planeados adquirir	7	Anual	0	01/01/2017	30/12/2017	Actividad no cumplida	GERENCIA SUBDIRECTOR CIENTIFICO	0
		Realizar la Compra de Set Instrumental de Colectoscopia	Numero de equipos adquiridos/Numero de equipos planeados adquirir	1	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se realizó la compra del Instrumental de colectoscopia	GERENCIA SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100
15.SERVICIOS	A través de recursos propios ó gestionados ante el departamento o la Nación, adquirir dotación de equipos biomédicos para las diferentes especialidades	Realizar la Compra de Instrumental Urología Flexible	Numero de equipos adquiridos/Numero de equipos planeados adquirir	1	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se realizó la compra del Instrumental de urología	GERENCIA SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100
		Realizar la Compra de 5 puertas de acceso a los quidanos.	Numero de puertas adquiridas/Numero de puertas programadas a adquirir	5	Anual	0	01/01/2017	30/12/2017	Actividad no cumplida	GERENCIA SUBDIRECTOR CIENTIFICO	0
16.SERVICIOS	A través de recursos propios ó gestionados ante el departamento o la Nación, adquirir dotación de equipos biomédicos para las diferentes especialidades	Realizar la Compra de un Monitor de diagnóstico grado médico, incluyendo tarjeta de video y software de calibración	Numero de equipos adquiridos/Numero de equipos planeados adquirir	1	Anual	0	01/01/2017	30/12/2017	Actividad no cumplida	GERENCIA SUBDIRECTOR CIENTIFICO	0
		Realizar dos (2) reuniones anuales de forajamiento de adherencia a proceso, procedimientos, protocolos, Guías de Manejo y Programa de Seguridad del Paciente.	Numero de Campañas ejecutadas/Numero de Campañas	2	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se realizó capacitación a los diferentes procesos en protocolos y Programa de seguridad del paciente. En el mes de mayo se realizó capacitación a 250 colaboradores en programa de seguridad de pacientes	GESTION CALIDAD	100
17.SERVICIOS	Implementar un Programa de forajamiento de adherencia a proceso, procedimientos, protocolos, Guías de Manejo y Programa de Seguridad del Paciente.	Realizar solicitud ante el Ministerio de Salud (Minsu) Secretaria de Salud Departamental Asesora Técnica y Acompañamiento en la implementación del Sistema Único de Acreditación	Solicitud realizada, y acompañamiento recibido	1	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se realizó solicitud al Ministerio de la Salud y de la Protección social para el acompañamiento en la implementación del Sistema Único de Acreditación	GESTION CALIDAD	100
		Realizar dos reuniones dos (2) reuniones anuales de Socialización del Programa de Seguridad del Paciente al 90% del Personal de la E.S.E	Personal capacitado en el Programa de Seguridad del paciente/Total personal de la E.S.E	2	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se realizó capacitación en Programa de Seguridad del Paciente en Mayo de 2017	GESTION CALIDAD	100
18.SERVICIOS	Gestionar con la Secretaria de Salud y el Ministerio de Salud Asesora Técnica del Sistema Único de Acreditación	Realizar una Medición anual del Nivel de Adherencia al Programa de Seguridad del Paciente en la entidad	Numero de Mediciones de adherencia al Programa/Total de Mediciones planeadas	1	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se realizó medición del programa de seguridad del paciente con los diferentes protocolos que hacen parte del Programa	GESTION CALIDAD	100
		Realizar la implementación del Programa de Seguridad del Paciente									
20.SERVICIOS	Fortalecer la implementación del Programa de Seguridad del Paciente										100



ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO  
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2016-2020  
 ANEXO  
 SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN OPERATIVO VIGENCIA 2017 - PERIODO ENERO A JUNIO  
 COMPONENTE PROGRAMATICO POR VIGENCIA 2017

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	PROGRAMADO 2017	PERIODICIDAD	EJECUTADO	FECHA INICIO	FECHA DE TERMINACION	ACCIONES REALIZADAS	RESPONSABLE - LIBER	CUMPLIMIENTO %
21 SERVICIOS	Desarrollar Políticas al interior de la organización mejorando la cultura de servicio y un trato humanizado	Documentar la Actualización de la Política de Humanización y realizar el proceso de socialización	Política Documentada y aprobada mediante acto administrativo y socializada	1	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	La política de Humanización se encuentra aprobada mediante Resolución 332 de 24 de nov de 2016. En el proceso de inducción y rendición la da a conocer el Profesor Universitario de Talento Humano	GESTION TALENTO HUMANO	100
		Realizar tres (3) Capacitaciones en cultura de servicio y trato humanizado al personal de la entidad	Numero de Capacitaciones efectuadas/Numero de Capacitaciones planeadas	1	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se han realizado dos capacitaciones sobre cultura de servicio y trato humanizado al personal de la entidad	GESTION TALENTO HUMANO	100
22 SERVICIOS	Fortalecer el Sistema de Costos por actividad basados en la nueva normatividad con el fin de tomar decisiones basados en hechos, mejorando la contratación de tarifas con las EPS	Realizar el procedimiento de Costeo por actividad a los 17 centros de costos basados en la normatividad vigente	Numero de Procedimientos costeados realizados en el periodo/Numero de Procedimientos Costeados planeados	17	Anual	17	01/01/2017	30/12/2017	Se entrega certificación por el subproceso de costos de las 17 unidades funcionales	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO FINANCIERO	100
		Realizar campañas que permitan Captar el 85% de las gestantes para consulta prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación / gestantes que consultaron por primera vez antes de las 12 semanas	85%	Anual	77.5%	01/01/2017	30/12/2017	Informe entregado por Enfermera Consulta Externa	SALUD PUBLICA	91
23 SERVICIOS	Atención manejo integral integral con énfasis en como prevenir adonni stralajes prevenidas para el mismo madre hijo los cuales se reflejen en disminución en indicadores de morbidad materna perinatal, bajo peso, mortalidad perinatal y presencia de patologías como sífilis gestacional, congenita, hipertensión materna, diabetes materna	Aplicar los Protocolos de Disminución de casos de sífilis congénita	Nivel de adherencia a los protocolos establecidos	100%	Anual	100%	01/01/2017	30/12/2017	Certificación Enfermera de Salud Pública	SALUD PUBLICA	100
		Realizar control y seguimiento integral con médico, enfermera, nutricion, psicología del 90% de las gestante cumpliendo con el 90% de las acciones preventivas	Numero de Controlen integrales realizados a las gestantes del registro de consulta externa / total de gestantes del régimen subsidiado registrado para la entidad	90%	Anual	90%	01/01/2017	30/12/2017	Informe entregado por Enfermera Consulta Externa	SALUD PUBLICA	100
24 SERVICIOS	Gestionar recursos con entidades no gubernamentales que puedan apoyar proyectos institucionales.	Gestionar ante entidades gubernamentales (recursos económicos, físicos, humanos, técnicos) para el apoyo a la ejecución de los proyectos institucionales.	No	1	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se ha realizado gestión con diferentes entes para la consecución de recursos para ejecutar proyectos institucionales	GERENCIA SUBDIRECTOR CIENTIFICA	100
25 SERVICIOS	Mejorar las instalaciones físicas de la entidad que permitan ofrecer servicios con calidad en el área de consulta externa especializada	Realizar la Construcción y adecuación del segundo piso consulta externa especializada en la entidad	Construcción realizada y adecuada para el servicio de Consulta Externa especializada	1	anual	1	01/01/2017	30/12/2017	A 30 de junio obra en ejecución	GERENCIA SUBDIRECTOR CIENTIFICA	93
26 SERVICIOS	Implementar un Programa de Fortalecimiento de adherencia de procesos, procedimientos, y formación a la estrategia IAMJ y AIEPI, al personal médico de urgencias de la entidad	Realizar dos (2) capacitaciones anuales de fortalecimiento y formación de adherencia a los procesos de la estrategia IAMJ y AIEPI al personal de urgencias de la entidad	Numero de Personal Asistencial del Servicio de Urgencias capacitado en la estrategia IAMJ y AIEPI /Numero de Personal Asistencial en el servicio de Urgencias	2	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Actividad realizada el 15 de junio. Se entrega evidencia: Registro (logográfico y Registro de asistencia	SALUD PUBLICA	100



ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO  
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2016-2020  
 ANEXO  
 SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN OPERATIVO VIGENCIA 2017 - PERIODO ENERO A JUNIO  
 COMPONENTE PROGRAMATICO POR VIGENCIA 2017

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	PROGRAMADO 2017	PERIODICIDAD	EJECUTADO	FECHA INICIO	FECHA DE TERMINACION	ACCIONES REALIZADAS	RESPONSABLE - LIDER	CUMPLIMIENTO %
1. FINANCIERO	Financeros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	Disminuir el índice de Evolución del Gasto por unidad de valor relativo producida	Gastos de funcionamiento y producción comercial y prestación de servicios comprendidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación. / Número de UVF producidas en la vigencia anterior	1.10	Anual	0.90	01/01/2017	30/12/2017	Se entrega indicador por parte de la Subdirección Administrativa y Financiera	GESTION FINANCIERA	82
2. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	Establecer estrategias que permitan la adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico se realice mediante adquisiciones de los siguientes mecanismos: 1. Compras a través de Cooperativas de Compras Sociales del Estado 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos / Total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico	Total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: 1. Compras Conjuntas 2. Compras a través de Cooperativas de Compras Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos / Total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico	0.22	Anual	0.42	01/01/2017	30/12/2017	Se entrega indicador por parte de la Subdirección Administrativa y Financiera. Se supera línea base de la vigencia inmediatamente anterior, pero no se alcanza el indicador establecido que es 0.70	GERENCIA SUBDIRECCION CIENTIFICA	100
3. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	Mantener el índice de Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios inferior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior (Cero (0) o Variación Negativa	(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación)-(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes))	0	Anual	0	01/01/2017	30/12/2017	A corte de 30 de junio de acuerdo a elección y el informe de la Área Financiera no existe deuda por concepto de salarios del personal de planta y contratos de servicios	GESTION FINANCIERA - GESTION DEL TALENTO HUMANO	100
4. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	Presentar trimestralmente ante la Junta Directiva la información de registro individual de prestaciones-RIPS (4)	Informes trimestrales presentados a la Junta Directiva de registro individual de prestaciones-RIPS	4	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se realizó un informe a la Junta Directiva Fecha 1. 30 de marzo 2017, los demás informes para el segundo semestre	GESTION FINANCIERA	50
5. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	Mantener el Resultado del equilibrio presupuestal con recado >1.00	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recado de CxC de Vigencias anteriores)-Valor de la Ejecución de gastos comprendidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores	21.00	Anual	0.543103554	01/01/2017	30/12/2017	Se entrega indicador por parte de la Subdirección Administrativa y Financiera	GESTION FINANCIERA	100
6. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	Dar cumplimiento oportuno a la entrega del reporte de información de la Concilia Linea Expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya en los tiempos establecidos.	Cumplimiento al 100% en la entrega oportuna de los informes en los términos de la normatividad vigente	100%	Semestral	100%	01/01/2017	30/12/2017	De acuerdo a informe emitido por el líder de proceso de Calidad estos fueron Enviados Oportunamente	GESTION FINANCIERA	100
7. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	Dar cumplimiento en la entrega oportuna del reporte de información del Decreto 2193/04 o la norma que lo sustituya en los términos y tiempos establecidos	Cumplimiento al 100% de los informes en los términos de la normatividad vigente	100%	Semestral	100%	01/01/2017	30/12/2017	De acuerdo a informe emitido por el líder de proceso de Calidad estos fueron Enviados Oportunamente	GESTION FINANCIERA	100
8. FINANCIERO	Seguimiento trimestral al presupuesto para mantener el equilibrio financiero (Comité de sostenibilidad contable)	Realizar cuatro (4) seguimientos al año al presupuesto en el comité de sostenibilidad contable	Número de Seguimientos realizados en el comité Número de Seguimientos Parados	4	Trimestral	7	01/01/2017	30/12/2017	Fechas Comités: 15 de febrero de 2017, 28 de febrero de 2017, 29 de marzo de 2017, 04 de mayo de 2017, 16-23-31 de mayo de 2017.	GERENCIA SUBDIRECCION FINANCIERA ADMINISTRATIVA	100



ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELLA BELTRAN SOCORRO  
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2016-2020  
 ANEXO  
 SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN OPERATIVO VIGENCIA 2017 - PERIODO ENERO A JUNIO  
 COMPONENTE PROGRAMATICO POR VIGENCIA 2017

ELIJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	PROGRAMADO 2017	PERIODICIDAD	EJECUTADO	FECHA INICIO	FECHA DE TERMINACION	ACCIONES REALIZADAS	RESPONSABLE LIDER	CUMPLIMIENTO %
9 FINANCIERO	Realizar las acciones de mejora continua con base en las recomendaciones dadas por los entes de control en las auditorías externas (Super Salud, Contraloría Secretaría de Salud) para superar las debilidades del área financiera	Dar cumplimiento del 100% a las acciones de mejoramiento establecidas para superar los hallazgos encontrados en las auditorías externas relacionadas con el área financiera	Numero de acciones de mejoramiento cumplidas/Numero de acciones de mejoramiento establecidas	100%	Anual	100%	01/01/2017	30/12/2017	Las acciones se cumplieron al 100% de acuerdo a los reportes trimestrales enviados de seguimiento al OS 37 Ranes de Mejoramiento	GESTION FINANCIERA	100
10 FINANCIERO	Participación de los servidores públicos de la entidad en las capacitaciones convocadas por los departamentos y Departamentos en las Temáticas del Área Financiera y Contable	Asistir a dos (2) capacitaciones anuales convocadas por los entes nacionales o departamentales en temas financieros y Contables	Numero de Capacitaciones en temas financieros a las cuales asiste el personal del área financiera/Numero de Capacitaciones convocadas en temas financieros y contables	2	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se entrega indicador por parte de la Subdirección Administrativa y Financiera	GESTION DEL TALENTO HUMANO	100
11 FINANCIERO	Establecer las estrategias de cobro entre la parte general, administrativa y apoyo jurídico para disminuir la rotación de la cartera	Disminuir la rotación de cartera en 30 días durante el cuatrimestro	Ind R= ventas año /((CXC Año - 1 + CXC Año 0)/2) Rotación= 360/ Ind R	240	Anual	235	01/01/2017	30/12/2017	Se hizo entrega informe por Líder de Proceso de Cartera	GESTION FINANCIERA GESTION JURIDICA	100
12 FINANCIERO	Mantener la cartera concluida para aprovechar oportunidades de sermoneo del sector control compañías de cartera, cesiones de crédito y demás activos financieros por parte del Gobierno Nacional, Departamental y las Aseguradoras.	Realizar Dos (2) conciliaciones de saldo por año con las principales aseguradoras que representen más del 80% de la Cartera	Numero de Conciliaciones de saldo realizadas en el año/Numero de Conciliaciones Planeadas	2	Anual	16	01/01/2017	30/12/2017	Se hizo entrega informe por Líder de Proceso de Cartera	GESTION FINANCIERA	100
13 FINANCIERO	Garantizar el adecuado registro en el proceso de facturación de todos los servicios que presta el Hospital al usuario de manera automática y oportuna, que permita aumentar los ingresos en cada periodo de facturación y radicación de cuentas y la disminución y generación de glosas.	Disminuir el porcentaje de glosas administrativa en un 12% en el cuatrimestro	Disminución porcentual anual (% de Glosa Administrativa año 1-%Glosa Administrativa Año 0)/%Glosa año 0	64%	Anual	82%	01/01/2017	30/12/2017	Se entrega informe por Subproceso de Auditoría Médica El porcentaje de glosa no cambia en 16% con respecto al año 2016.	GESTION FINANCIERA	0
14 FINANCIERO	Integrar los sistemas de información de la parte presupuestal y contable a la plataforma institucional	Integrar el 100% del Sistema de Información presupuestal y contable.	Sistema de Información Contable y Financiero 100% integrado	100%	Anual	0%	01/01/2017	30/12/2017	Actividad no cumplida	GESTION FINANCIERA	0
15 FINANCIERO	Integración de nuevos procesos financieros y contables a la Plataforma 2016	Integrar Tes (03) procesos nuevos a la plataforma institucional	Numero de procesos nuevos/Numero de procesos Planeados	1	Anual	4	01/01/2017	30/12/2017	El líder de proceso de DATIC entregó Certificación de cuatro procesos que fueron integrados a la plataforma institucional.	GESTION FINANCIERA	100
1 PROCESOS INTERNOS	Realizar vistas de referenciación conativa a Instituciones de igual o mayor nivel de complejidad con el fin de realizar comparación con las mejores prácticas.	Realizar dos (2) vistas de referenciación conativa a Instituciones de igual o mayor nivel de complejidad, con el fin de realizar comparación con las mejores prácticas.	Numero de vistas de referenciación conativa realizadas/Numero de vistas planeadas	1	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se realizó visita de referenciación a la FOSCAL, realizada el día 24 de febrero de 2017	GERENCIA SUBGERENCIAS	100



ESE HOSPITAL REGIONAL MANUEL A. BELTRÁN SOCORRO  
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2016-2020  
ANEXO

SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN OPERATIVO VIGENCIA 2017 - PERIODO ENERO A JUNIO  
COMPONENTE PROGRAMATICO POR VIGENCIA 2017

ELI ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	PROGRAMADO 2017	PERIODICIDAD	EJECUTADO	FECHA INICIO	FECHA DE TERMINACION	ACCIONES REALIZADAS	RESPONSABLE LIDER	CUMPLIMIENTO %
2 PROCESOS INTERNOS	Empoderar los líderes de procesos y colaboradores para el cumplimiento de los Sistemas de Gestión de la Entidad (MECI Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión Documental)	Realizar dos (02) capacitaciones anuales de sensibilización a los líderes de procesos y colaboradores para el cumplimiento de los Sistemas de Gestión de la Entidad (MECI, Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión Documental)	Número de sensibilizaciones ejecutadas Número de Sensibilizaciones paradas	2	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se realizaron capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo, Calidad Ambiental en el primer semestre del año 2017. Para el segundo semestre en convenio con Asesora-Seria se realizaron capacitaciones en Seguridad en el Paciente (MANS PAIS, Mec).	GESTION CALIDAD GESTION DEL TALENTO HUMANO	100
3 PROCESOS INTERNOS	Articular los sistemas de Gestión de la Entidad	Realizar la Actualización del Mapa de Procesos de la Entidad, caracterización y documentación de los procesos, actualización del Manual de Procedimientos	Mapa de Procesos caracterizado y Documentado, socializado	1	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	A Julio 30 las caracterizaciones están en proceso de actualización	GESTION CALIDAD	50
4 PROCESOS INTERNOS	Posicionar la Imagen Corporativa basándonos en Referenciación competitiva	Establecer la imagen corporativa que será utilizada. La cual podrá estar conformada por uno o varios elementos, entre ellos se cuentan con: logo (la parte gráfica más fácilmente reconocible en el diseño de una marca), monograma (símbolo formado por letras y cifras entrelazadas), logotipo (elemento gráfico, generalmente inquirido, que identifica a una empresa), nombre, eslogan (frase identificadora en un comercio comercial), emblema (imagen con emblema acompañada de una leyenda o frase) pictograma (símbolo que representa un símbolo, objeto o figura)	Imagen Corporativa establecida	1	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se entregó Informe de consolidado de la Encuesta de la propuesta del Logo Institucional.	GERENCIA SUBGERENCIAS GESTION CALIDAD-MERCADO	50
6 PROCESOS INTERNOS	Realizar campañas de socialización de los Procedimientos, Protocolos de las Guías Institucionales y Socioeconómico, medir el nivel de adherencia.	Realizar una (01) evaluación anual de medición del Nivel de adherencia	Número de mediciones realizadas Número de mediciones paradas	1	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se actualizó y se midió el nivel de adherencia. Se anexa certificación.	GERENCIA SUBGERENCIAS GESTION CALIDAD	100
7 PROCESOS INTERNOS	Actualización del Normograma de la Entidad	Realizar la actualización anual del Normograma de la entidad	Normograma actualizado y socializado	1	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Informe Entregado por la Jefe Oficina Asesora Jurídica	GESTION JURIDICA	100
8 PROCESOS INTERNOS	Realizar seguimiento a los estándares de Habilitación para su debido cumplimiento	Realizar una (1) autoevaluación anual a los estándares de habilitación	Autoevaluación anual realizada	1	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se realizó autoevaluación con la Res 2003 de 2014. Se anexa copia del registro de asistencia	GESTION CALIDAD	100



ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN SOCORRO  
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2016-2020  
ANEXO

SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN OPERATIVO VIGENCIA 2017 - PERIODO ENERO A JUNIO  
COMPONENTE PROGRAMATICO POR VIGENCIA 2017

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	PROGRAMADO 2017	PERIODICIDAD	EJECUTADO	FECHA INICIO	FECHA DE TERMINACION	ACCIONES REALIZADAS	RESPONSABLE - LIDER	CUMPLIMIENTO %
9. PROCESOS INTERNOS	Desarrollar herramientas de seguimiento a las solicitudes de las PORS instauradas por los usuarios.	Desarrollar dos (2) estrategias de seguimiento a PORS	Numero de estrategias desarrolladas/Numero de estrategias planeadas	2	Anual	2	01/01/2017	30/12/2017	Se implementaron estrategias como el Reglamento Interno Tramites de Peticiones quejas, reclamos y sugerencias mediante Resolución 291 del 26 de octubre de 2017, se adopto el formato de seguimiento a PORS establecido por la Secretaría Departamental	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	100
10. PROCESOS INTERNOS	Capacitar permanentemente en la Resolución 1950 de 1999 al líder y equipo del Proceso de Historias Clínicas	Realizar dos (02) capacitaciones anuales en la Resolución 1950 de 1997	Numero de capacitaciones realizadas/Numero de Capacitaciones planeadas	2	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se realizó capacitación el 07 de junio de 2017	SUBGERENCIA CIENTIFICA	100
11. PROCESOS INTERNOS	Realizar adecuación física de las instalaciones para establecer el lugar de almacenamiento de los inservibles o bienes dados de baja	Adecuar lugar para el almacenamiento de los inservibles o bienes dados de baja	Lugar adecuado y establecido	1	Anual	0	01/01/2017	30/12/2017	Actividad no cumple	GERENCIA SUBGERENCIAS GESTION DE RECURSOS FISICOS	0
1. FORMACION Y CRECIMIENTO	Fortalecer las competencias y habilidades del recurso humano de la institución a partir de la implementación de Programas de Capacitación y bienestar	Realizar Semestralmente seguimiento al Plan de Capacitación y Formación y al Plan de Bienestar y Estímulos	Programa de Capacitación y Formación formulado e implementado	1	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se formuló el Plan de Capacitación mediante la Resolución No. 021 de enero 24 de 2017	GESTION DEL TALENTO HUMANO	100
			Programa de Bienestar y Estímulos formulado e implementado	1	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	Se formuló el Plan de Capacitación mediante la Resolución No. 021 de enero 24 de 2017	GESTION DEL TALENTO HUMANO	100
2. FORMACION Y CRECIMIENTO	Realizar reuniones de sensibilizaciones a los servidores públicos de la entidad incentivando la cultura de servicio y un trato humanizado	Realizar dos (02) reuniones de sensibilizaciones anuales en cultura de servicio y trato humanizado a los servidores públicos de la entidad	Numero de reuniones de sensibilización realizadas / Numero de sensibilizaciones planeadas	2	Anual	2	01/01/2017	30/12/2017	La profesional del talento humano realizó talleres de sensibilización en el mes de enero, marzo de la vigencia 2017	GESTION DEL TALENTO HUMANO	100
3. FORMACION Y CRECIMIENTO	Fortalecer el Sentido de Pertenencia Institucional del Talento Humano de la Institución.	Realizar dos (02) talleres anuales incentivando el sentido de pertenencia institucional del Talento Humano de la entidad	Numero de talleres realizados/Numero de talleres planeados	2	Anual	1	01/01/2017	30/12/2017	La profesional de talento humano realizó Charla sobre Sentido de Pertenencia Institucional del Talento Humano	GESTION DEL TALENTO HUMANO	100
4. FORMACION Y CRECIMIENTO	Capacitar a los líderes de los procesos sobre el Cumplimiento de la normatividad vigente para los procesos de Contratación de Personal, que permitan evitar la intermedación laboral en la entidad	Realizar una capacitación anual a los líderes de procesos sobre el Cumplimiento de la normatividad vigente para los procesos de Contratación de Personal, que permitan evitar la intermedación laboral en la entidad	Numero de Capacitaciones Realizadas / Numero de Capacitaciones Programadas	1	Anual	0	01/01/2017	30/12/2017	Se programó la capacitación pero no se logró realizar la capacitación. Actividad adelantada para el segundo semestre de 2017	GERENCIA - GESTION DEL TALENTO HUMANO - GESTION JURIDICA	0
5. FORMACION Y CRECIMIENTO	Medir el clima organizacional y de acuerdo a los resultados establecer las acciones de mejora	Realizar anualmente medición de Clima Organizacional de la entidad, y establecer resultados de mejoramiento de acuerdo a los resultados obtenidos y/o fortalecer las acciones posibles.	Mediciones realizadas / Mediciones programadas	1	Anual	0	01/01/2017	30/12/2017	Actividad adelantada para el segundo semestre de 2017	GESTION DEL TALENTO HUMANO	0

*[Firma]*  
ARIEL ALFONSO JIMENEZ ESCOBAR  
Asesor

*[Firma]*  
MARIBEL ARGUELLO GALA  
Asesor Control Interno (Contabilista)



ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELLA BELTRÁN SOCORRO  
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2017-2020  
ANEXO PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE  
SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN OPERATIVO VIGENCIA 2017 - PERIODO JULIO A DICIEMBRE  
COMPONENTE PROGRAMÁTICO POR VIGENCIA

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	PROGRAMADO AÑO 2017	PERIODICIDAD	EJECUTADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ACCIONES REALIZADAS	RESPONSABLE - LIDER	CUMPLIMIENTO %
1 SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	Evaluar anualmente la aplicación de la guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes cuyo resultado debe ser <math>\leq 0.90</math>	Evaluación Anual realizada Número de historias clínicas actualizadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estructurada de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o Trastornos hipertensivos en la gestación / Total historias clínicas actualizadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la E.S.E con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación	<math>\leq 0.90</math>	Mensual	Agosto: 0.83 Septiembre: 0.90 Octubre: 0.76 Noviembre: 0.75 Promedio: 0.78	09/08/2017	30/12/2017	Se midió el nivel de adherencia a las historias clínicas de la muestra representativa, tomándose una muestra representativa y se socializaron los resultados en los Comités de Historias Clínicas. Se cumplió con lo planeado. Evidencias en la oficina de Calidad	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	88
2 SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	Evaluar anualmente la aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida, propendiendo por el resultado de la evaluación su índice sea <math>\leq 0.80</math>	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estructurada de la guía de manejo adoptada por la E.S.E para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia / Total historias clínicas actualizadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia	<math>\leq 0.80</math>	Mensual	Agosto: 0.73 Septiembre: 0.62 Octubre: 0.8 Noviembre: 0.71	09/08/2017	30/12/2017	Se midió el nivel de adherencia a las historias clínicas de la muestra representativa, tomándose una muestra representativa y se socializaron los resultados en los Comités de Historias Clínicas. No se cumplió con lo planeado para el 2017, se realizó reintervención en el comité de indicadores, compra de vacunas para pacientes, actualización de listas de chequeo de enfermería. Evidencias en la oficina de Calidad	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	89
3 SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	Evaluar anualmente la atención oportuna en pacientes que requieren la realización de Apendicectomía, y propender que el resultado de la evaluación su índice sea <math>\leq 0.90</math>	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis que requirieron la realización de la cirugía dentro de las 8 horas de la confirmación del diagnóstico/clínico de pacientes con diagnóstico de apendicitis al ingreso en la vigencia objeto de evaluación	<math>\leq 0.90</math>	Mensual	Agosto: 1 Septiembre: 1 Octubre: 0.95 Noviembre: 0.94 Promedio: 0.97	09/08/2017	30/12/2017	Se dio cumplimiento a la adherencia de la guía de manejo de apendicectomía, así como a la atención y realización de apendicectomía de estos pacientes. Se continúa evaluando la atención oportuna e pacientes que requieren la realización de apendicectomía. Continuar con la presentación de este indicador al comité de Calidad de acuerdo a lo establecido en la Resolución No 278 de 2014	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100
4 SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	Mantener el índice de pacientes pediátricos con neumonías broncopulmonares de origen intrahospitalario y variación interanual Cero (0) o Variación Negativa	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncopulmonares de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación Número de pacientes pediátricos con neumonías broncopulmonares de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	0	Mensual	Agosto: 0 Septiembre: 0 Octubre: 0 Noviembre: 0 Promedio: 0	09/08/2017	30/12/2017	Se mantuvo el índice de pacientes con neumonías broncopulmonares de origen intrahospitalario	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100



**ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN SOCORRO**  
**PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2017-2020**  
**ANEXO PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE**  
**SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN OPERATIVO VIGENCIA 2017 - PERIODO JULIO A DICIEMBRE**  
**COMPONENTE PROGRAMATICO POR VIGENCIA**

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	PROGRAMADO AÑO 2017	PERIODICIDAD	EJECUTADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ACCIONES REALIZADAS	RESPONSABLE - LIDER	CUMPLIMIENTO %
5 SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E. mediante el resultado de indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	Mantener el índice Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de hitano Ayudo del Indicador (IAM) 20 90	Numero de pacientes con diagnóstico de egreso de hitano Ayudo para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita/Numero total de consultas médicas pediátricas	≥0 90	Mensual	Agosto 1 Septiembre 0.92 Octubre 1 Noviembre 1 Promedio 0.98	09/08/2017	30/12/2017	Se mantuvo el índice de Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de hitano Ayudo de Mocado	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100
6 SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E. mediante el resultado de indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	Prestar los servicios con Oportunidad en la atención de consulta de Pediatría y propender que su índice sea 55	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita/Numero total de consultas médicas pediátricas	55	Mensual	Agosto 3.61 Septiembre 3.1 Octubre 3.1 Noviembre 2.4 Promedio 3.0	09/08/2017	30/12/2017	Durante los meses evaluados se dio cumplimiento al indicador	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100
7 SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E. mediante el resultado de indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	Prestar los servicios con Oportunidad en la atención de pacientes de gineco-obstetricia y propender que sus índice sea 58	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio para ser atendido en la consulta médica gineco-obstetricia y la fecha para la cual es asignada la cita/Numero total de consultas médicas gineco-obstetricias asignadas en la institución	58	Mensual	Agosto 6.61 Septiembre 6.2 Octubre 6.2 Noviembre 7.3 Promedio 6.5	09/08/2017	30/12/2017	Durante los meses evaluados se dio cumplimiento al indicador	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100
8 SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E. mediante el resultado de indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	Prestar los servicios con Oportunidad en la atención de pacientes en Medicina Interna y propender porque su índice sea 515	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio para ser atendido en la consulta médica interna y la fecha para la cual es asignada la cita/Numero total de consultas de medicina interna asignadas en la institución	515	Mensual	Agosto 15.39 Septiembre 15.17 Octubre 13.86 Noviembre 11.02 Promedio 13.86	09/08/2017	30/12/2017	En los meses de agosto y septiembre no se cumplió con el estándar como acción de mejoramiento se reorganizo las agendas médicas	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100
9 SERVICIOS	Fortalecer los Servicios de Atención de la E.S.E. mediante el resultado de indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	Realizar dos Campañas anuales de a través de diversos Medios de Comunicación, que existan en el área de influencia	Numero de Campañas planeadas/Numero de Campañas ejecutadas	1	Semestral	2	09/08/2017	30/12/2017	Se realizaron campañas del Portafolio de Servicios de la institución en los diferentes medios de comunicación.	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	100
10 SERVICIOS	Fortalecer el liderazgo académico, gestión de Seminarios o Simposios dirigidos a los profesionales de la Región y a los profesionales de la E.S.E.	Gestionar la realización anual de Seminarios o Simposios dirigidos a los profesionales de la región y al personal de la E.S.E.	Numero de Seminarios o Simposios realizados/Numero de Seminarios planeados	1	Anual	2	09/08/2017	30/12/2017	Se realizaron dos simposios: 1. "Jornada de Actualización en Enfermería y Avances en Seguridad del Paciente" realizado el 17 de noviembre de 2017. 2. Simposio de actualización de Ginecología y Obstetricia realizado el 02 de diciembre de 2017.	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100
11 SERVICIOS	A través de recursos propios o gestionados ante el departamento o la Nación, adquirir dotación de equipos biomédicos para las diferentes especialidades	Realizar la Compra de Equipo de esterilización automatizada con oxido de Etileno	Numero de equipos adquiridos/Numero de equipos planeados adquirir	1	Semestral	1	09/08/2017	30/12/2017	Equipo ingresó a almacén el día 16 de agosto de 2017. Entrega certificación coordinación de almacén.	GERENCIA SUBDIRECTOR CIENTIFICO	100
12 SERVICIOS	Fortalecer la implementación del Programa de Seguridad del Paciente	Realizar dos reuniones de reuniones anuales de Socialización del Programa de Seguridad del Paciente al 90% del Personal de la E.S.E.	Personal capacitado en el Programa de Seguridad del Paciente/Total personal de la E.S.E.	1	Anual	1	09/08/2017	30/12/2017	Se socializó el programa de Seguridad del Paciente en el mes de octubre de 2017. Las evidencias reposan en archivo Oficina de Calidad	GESTION CALIDAD	100



**ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO**  
**PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2017-2020**  
**ANEXO PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE**  
**SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN OPERATIVO VIGENCIA 2017 - PERIODO JULIO A DICIEMBRE**  
**COMPONENTE PROGRAMATICO POR VIGENCIA**

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	PROGRAMADO AÑO 2017	PERIODICIDAD	EJECUTADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ACCIONES REALIZADAS	RESPONSABLE - LIDER	CUMPLIMIENTO %
13 SERVICIOS	Fortalecer la implementación del Programa de Seguridad del Paciente.	Realizar una Metáfora anual del Nivel de Adherencia al Programa de Seguridad del Paciente en la entidad	Numero de Mediciones de adherencia al Programatotal de Mediciones Planeadas	1	Semestral	1	09/08/2017	30/12/2017	Se realizó nivel de adherencia a los protocolos de buenas prácticas de seguridad de pacientes, protocolo de administración de medicamentos, protocolo de lavado de manos, protocolo de aislamiento, protocolo de ventilación, cirugía segura.	GESTION CALIDAD	100
		Documentar la Actualización de la Política de Humanización y realizar el proceso de socialización	Política Documentada y aprobada mediante acto administrativo y socializada	1	Anual	1	09/08/2017	30/12/2017	La política de Humanización se encuentra aprobada mediante Resolución 332 de 24 de nov. de 2016. En el proceso de indicación y reducción se da a conocer el Profesional Universitario de Talento Humano	GESTION TALENTO HUMANO	100
14 SERVICIOS	Desarrollar Políticas al Interior de la organización incentivando la cultura de servicio y un trato humanizado	Realizar tres (3) Capacitaciones en cultura de servicio y trato humanizado al personal de la entidad	Numero de Capacitaciones ejecutadas/Numero de Capacitaciones planeadas	1	Semestral	3	09/08/2017	30/12/2017	Se realizaron dos talleres incentivando el sentido pertenencia y trato humanizado	GESTION TALENTO HUMANO	100
		Realizar el procedimiento de Costeo por actividad a los 17 centros de costos, basados en la normalidad vigente	Numero de Procedimientos costeados realizados en el periodo/Numero de Procedimientos Costeados planeados	17	Anual	17	09/08/2017	30/12/2017	Subproceso de Costeo entrega certificación y entrega de los 17 centros	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO FINANCIERO	100
15 SERVICIOS	Fortalecer el Sistema de Costos por actividad basados en la nueva normalidad con el fin de tomar decisiones basadas en hechos, mejorando la contratación de insumos con las EPS	Realizar campañas que premian Captar el 85% de las gestantes para consulta prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación/ gestantes que consultaron por primera vez antes de las 12 semanas	85%	Semestral	79%	09/08/2017	30/12/2017	El Proceso de Enfermería de Consulta Externa remite informe de las acciones realizadas	SALUD PUBLICA	93
		Atención materno infantil integral con énfasis en cero barreras administrativas y operativas para el binomio madre hijo, los cuales se reflejen en disminución en indicadores de morbilidad materna extrema, bajo peso, mortalidad perinatal y presencia de patologías como sífilis, gestacional, congénita, hipertensión materna, diabetes materna	Realizar control y seguimiento integral con médico, enfermera, nutrición, psicología del 90% de las gestante cumpliendo con el 90% de las acciones preventivas	Numero de Controles integrales realizados a las gestantes del registro de consulta externa /total de gestantes del regimen subsidiado registrado para la entidad	90%	Semestral	90%	09/08/2017	30/12/2017	El Proceso de Enfermería de Consulta Externa remite informe de las acciones realizadas	SALUD PUBLICA
16 SERVICIOS	Mejorar las instalaciones físicas de la entidad que permitan ofrecer servicios con calidad en el área de consulta externa especializada	Aplicar los Protocolos de Disminución de casos de sífilis congénita	Nivel de adherencia a los protocolos establecidos	100%	Semestral	100%	09/08/2017	30/12/2017	El Proceso de Enfermería de Consulta Externa remite informe de las acciones realizadas	SALUD PUBLICA	100
		Realizar la Construcción y piso adecuado del segundo piso consulta externa especializada en la entidad	Construcción realizada y adecuada para el servicio de Consulta Externa especializada	1	Anual	1	09/08/2017	30/12/2017	La intervención de la obra Ing. Larra Sotelo entrega Evidencia Fotográfica de la obra	GERENCIA SUBDIRECTOR CIENTIFICA	100
17 SERVICIOS	Mejorar las instalaciones físicas de la entidad que permitan ofrecer servicios con calidad en el área de consulta externa especializada	Realizar la Construcción y piso adecuado del segundo piso consulta externa especializada en la entidad	Construcción realizada y adecuada para el servicio de Consulta Externa especializada	1	Anual	1	09/08/2017	30/12/2017	La intervención de la obra Ing. Larra Sotelo entrega Evidencia Fotográfica de la obra	GERENCIA SUBDIRECTOR CIENTIFICA	100



**ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN SOCORRO**  
**PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2017-2020**  
**ANEXO PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE**  
**SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN OPERATIVO VIGENCIA 2017 - PERIODO JULIO A DICIEMBRE**  
**COMPONENTE PROGRAMÁTICO POR VIGENCIA**

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	PROGRAMADO AÑO 2017	PERIODICIDAD	EJECUTADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ACCIONES REALIZADAS	RESPONSABLE - LIDER	CUMPLIMIENTO %
1. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	Disminuir el índice de Evolución del Gasto por unidad de valor relativo producida	Gastos de Funcionamiento y Operación Comercial y prestación de Servicios comprometido en el año objeto de evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia  Gastos de Funcionamiento y producción comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia anterior	1.10	Anual	0.984	09/08/2017	30/12/2017	El Resultado obtenido es con corte al mes de noviembre una vez finalizada la vigencia en el mes de diciembre y evaluada en enero se realizó el análisis del resultado final y definitivo.	GESTION FINANCIERA	89
2. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	Establecer estrategias que permitan la adquisición de material médico, medicamentos y material médico quirúrgico se realice mediante algunos de los siguientes mecanismos: 1. Compras Cotizadas de Computas 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	Total adquisiciones de medicamentos y material médico mediante uno o más de los siguientes mecanismos: 1. Compras Cotizadas 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos / Total de adquisiciones de la C.S.E. por medicamentos y material médico quirúrgico	0.22	Anual	0.47	09/08/2017	30/12/2017	El Resultado obtenido es con corte al mes de noviembre una vez finalizada la vigencia en el mes de diciembre y evaluada en enero se realizó el análisis del resultado final y definitivo	GERENCIA SUBDIRECCION CIENTIFICA	65
3. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	Mantener el índice de Morto de la deuda inferior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta de planta y por concepto de contratación de servicios de planta y por concepto de contratación de servicios. Y superior a 30 días por concepto de variación del monto frente a la de personal de planta y por concepto de vigencia anterior. Cero (0) ó Variación Negativa	(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre la vigencia objeto de evaluación)-(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)	0	Anual	0	09/08/2017	30/12/2017	Con corte a 31 de Diciembre no existe deuda al personal de Planta y contratistas	GESTION FINANCIERA - GESTION DEL TALENTO HUMANO	100
4. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	Presentar trimestralmente ante la Junta Directiva la información de registro individual de prestaciones-RIPS (4)	Informes trimestrales presentados a la Junta Directiva de registro individual de prestaciones-RIPS	2	Trimestral	2	09/08/2017	30/12/2017	Se presenta certificación de la Gerencia donde se presentaron los informes de RIPS ante la junta directiva el día 11 de noviembre de 2017 y 26 de diciembre de 2017	GESTION FINANCIERA	100
5. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	Mantener el Resultado del equilibrio presupuestal con recatado $\geq 1.00$	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluir recatado de CxC de vigencias anteriores)/(Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores	$\geq 1.00$	Anual	0.7	09/08/2017	30/12/2017	El Resultado obtenido es con corte al mes de noviembre una vez finalizada la vigencia en el mes de diciembre y evaluada en enero se realizará el análisis del resultado final y definitivo	GESTION FINANCIERA	70
6. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	Dar cumplimiento oportuno a la entrega del reporte de información de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya en los tiempos establecidos	Cumplimiento al 100% en la entrega oportuna de los informes en los términos de la normatividad vigente	100%	Semestral	100%	09/08/2017	30/12/2017	Para el segundo semestre de 2017 a corte de 31 de diciembre, se enviaron los indicadores en el plazo establecido en la Resolución 256 de 2016 (30 enero de 2017)	GESTION FINANCIERA	100
7. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	Dar cumplimiento en la entrega oportuna del reporte de información del Decreto 2193/04 o la norma que lo sustituya en los términos y tiempos establecidos	Cumplimiento al 100% de los informes en los términos de la normatividad vigente	100%	Trimestral	100%	09/08/2017	30/12/2017	La profesional Universitaria del Área contable entrega certificación	GESTION FINANCIERA	100



**ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN SOCORRO**  
**PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2017-2020**  
**ANEXO PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE**  
**SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN OPERATIVO VIGENCIA 2017 - PERIODO JULIO A DICIEMBRE**  
**COMPONENTE PROGRAMÁTICO POR VIGENCIA**

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	PROGRAMADO AÑO 2017	PERIODICIDAD	EJECUTADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	ACCIONES REALIZADAS	RESPONSABLE - LIDER	CUMPLIMIENTO %
<b>8. FINANCIERO</b>	Seguimiento trimestral al presupuesto para mantener el equilibrio financiero. (Comité de sostenibilidad contable)	Realizar cuatro (4) seguimientos al año al presupuesto en el comité de sostenibilidad contable	Numero de Seguimientos realizados en comité Numero de Seguimientos Planeados	2	Trimestral	2	09/08/2017	30/12/2017	Se realizó seguimientos en los siguientes comités: Agosto 30-Acta 011, Septiembre 28-Acta 012, Noviembre 29-Acta 014	GERENCIA - SUBGERENCIA FINANCIERA ADMINISTRATIVA	100
<b>9.FINANCIERO</b>	Participación de los servidores públicos de la entidad en las capacitaciones convocadas por los entes Nacionales y Departamentales en los temas de la Área Financiera y Contable	Asistir a dos (2) capacitaciones anuales convocadas por los entes nacionales o departamentales y capacitaciones de temas financieros y contables	Numero de Capacitaciones en temas financieros a las cuales asiste el personal del área financiera Numero de Capacitaciones convocadas en temas financieros y contables	2	Semestral	2	09/08/2017	30/12/2017	La capacitación realizada fue convocada por la Contaduría General de la Nación y asistió la Profesional Universitaria de Talento Humano.	GESTION DEL TALENTO HUMANO	100
<b>10. FINANCIERO</b>	Establecer las estrategias de control entre la parte gerencial administrativa y apoyo jurídico para disminuir la rotación de la cartera	Disminuir la rotación de cartera en 30 días durante el cuatrimestro	Indicador= ventas año / (CxC Año -1 + CxC Año 0)/2 Rotación= 360/ Ind R.	245	Anual	235	09/08/2017	30/12/2017	Para el cálculo del indicador de cartera no se tiene en cuenta el saldo de la cartera de entidades en liquidación ya que este es un dato salido que afecta el resultado del indicador.	GESTION FINANCIERA - GESTION JURIDICA	100
<b>11. FINANCIERO</b>	Mantener la cartera conciliada para aprovechar oportunidades de saneamiento del sector como compañías de cartera, cesiones, salto por año con las principales de crédito y demás activos asegurados (Que representen financios por parte del más del 80% de la Cartera) (Gobierno Nacional, Departamental y los Asegurados)	Realizar Dos (2) conciliaciones de compañías de cartera, cesiones, salto por año con las principales de crédito y demás activos asegurados (Que representen financios por parte del más del 80% de la Cartera)	Numero de Conciliaciones de salto realizadas en el año Numero de Conciliaciones Planeadas	1	Semestral	21	09/08/2017	30/12/2017	Para la evaluación de la meta estipulada a como 31 de diciembre la meta corresponde a 1 conciliación con las principales aseguradoras, que representan el 80% de la cartera. Para esto se tomaron las 18 principales aseguradoras que suman \$27.399.957.631 que representan el 92% de la cartera con posibilidad de conciliar	GESTION FINANCIERA	100
<b>1.PROCESOS INTERNOS</b>	Realizar vistas de referenciación competitiva a instituciones de igual o mayor nivel de complejidad con el fin de realizar comparación con las mejores prácticas	Realizar una visita de referenciación competitiva a instituciones de igual o mayor nivel de complejidad con el fin de realizar comparación con las mejores prácticas	Numero de vistas de referenciación competitiva realizadas Numero de vistas planeadas	1	Semestral	2	09/08/2017	30/12/2017	Se realizó visita de referenciación el 14 de septiembre de 2017 al Hospital Interfaccional Y el 09 de noviembre se realizó visita de referenciación al Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín	GERENCIA - SUBGERENCIAS	100
<b>2. PROCESOS INTERNOS</b>	Articular los sistemas de Gestión de la Entidad	Realizar la Actualización de las caracterizaciones de los procesos	Caracterización de los procesos	1	Anual	1	09/08/2017	30/12/2017	Se realizó la actualización de las caracterizaciones, iniciando con el cambio del formato que aplicara el ciclo PVHA	GESTION CALIDAD	50



ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO  
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2017-2020  
 ANEXO PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE  
 SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN OPERATIVO VIGENCIA 2017 - PERIODO JULIO A DICIEMBRE  
 COMPONENTE PROGRAMATICO POR VIGENCIA

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	PROGRAMADO AÑO 2017	PERIODICIDAD	EJECUTADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ACCIONES REALIZADAS	RESPONSABLE - LIDER	CUMPLIMIENTO %
3. PROCESOS INTERNOS	Posicionar la imagen Corporativa basandonos en Referenciación competitiva	Diseñar y evaluar la imagen corporativa que será utilizada, la cual podrá estar conformada por uno o varios elementos, entre ellos se cuentan con: logo, (la parte técnica más fácilmente reconocible en el diseño de una marca), monograma (símbolo formado por letras y cifras entrelazadas), logotipo (elemento gráfico, generalmente lingüístico, que referencia a una empresa), nombre, eslogan (frase identificadora en un contexto comercial), emblema (imagen con enguina acompañada de una leyenda o frase), psicograma (signo que representa un símbolo, objeto o figura)	Imagen Corporativa establecida	1	Anual	1	09/08/2017	30/12/2017	Se entrega informe del consolidado de la Encuesta de la propuesta del logo Institucional	GERENCIA SUBGERENCIAS COMUNICACIONES	50
4. PROCESOS INTERNOS	Posicionar la imagen Corporativa basandonos en Referenciación competitiva	Realizar dos (2) campañas anuales de comunicación en diferentes medios (prensa escrita, televisión radio) más los que han hecho las nuevas tecnologías tales como Internet, redes sociales, entre otros	Numero de campañas realizadas / Numero de campañas Programadas	1	Anual	1	09/08/2017	30/12/2017	Se entrega certificaciones por parte de los medios de comunicación de campañas realizadas del portafolio de servicios de la institución	GERENCIA SUBGERENCIAS GESTION CALIDAD	100
5. PROCESOS INTERNOS	Actualización del Normograma de la Entidad	Realizar la actualización anual del Normograma de la entidad	Normograma actualizado y socializado	1	Anual	1	09/08/2017	30/12/2017	Se actualizó el Normograma Institucional y se subió a la intranet para su consulta por parte de sus colaboradores de la E.S.E	GESTION JURIDICA	100
6. PROCESOS INTERNOS	Capacitar permanentemente en la Resolución 1996 de 1999 al líder y equipo del proceso de hitos y cinesas	Realizar dos (02) capacitaciones anuales en la Resolución 1996 de 1997	Numero de capacitaciones realizadas/numero de Capacitaciones planeadas	1	Anual	1	09/08/2017	30/12/2017	El 29 de noviembre de 2017 se llevó a cabo la reinscripción de dicha normatividad	GESTION JURIDICA	100
1. FORMACION Y CRECIMIENTO	Realizar reuniones de sensibilizaciones a los servidores públicos de la entidad incentivando la cultura de servicio y un trato humanizado	Realizar dos (02) reuniones de sensibilizaciones anuales en cultura de servicio y trato humanizado a los servidores públicos de la entidad	Numero de reuniones de sensibilización realizadas / Numero de sensibilizaciones planeadas	1	Semestral	3	09/08/2017	30/12/2017	Se realizaron dos talleres incentivando el sentido pertenencia y trato humanizado	GESTION DEL TALENTO HUMANO	100
2. FORMACION Y CRECIMIENTO	Fortalecer el Sentido de Pertenencia Institucional del Talento Humano de la Institución	Realizar dos (02) talleres anuales incentivando el sentido de pertenencia institucional del Talento Humano de la entidad	Numero de talleres realizados/Numero de talleres planeados	1	Semestral	3	09/08/2017	30/12/2017	Se realizaron dos talleres incentivando el sentido pertenencia y trato humanizado	GESTION DEL TALENTO HUMANO	100
3. FORMACION Y CRECIMIENTO	Capacitar a los líderes de los procesos sobre el cumplimiento de la normatividad vigente para los procesos de Contratación de Personal, que permitan evitar la tercerización laboral e intermediación laboral en la entidad	Realizar una capacitación anual a los líderes de los procesos de Contratación de Personal, que permitan evitar la tercerización laboral e intermediación laboral en la entidad	Numero de Capacitaciones Realizadas / Numero de Capacitaciones Programadas	1	Anual	1	09/08/2017	30/12/2017	Se realizó capacitación el día 12 de diciembre de 2017 sobre dicha normatividad	GERENCIA - GESTION DEL TALENTO HUMANO- GESTION JURIDICA	100



ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO  
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2017-2020  
 ANEXO PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE  
 SEGUIMIENTO EJECUCION PLAN OPERATIVO VIGENCIA 2017 - PERIODO JULIO A DICIEMBRE  
 COMPONENTE PROGRAMATICO POR VIGENCIA

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	PROGRAMADO AÑO	PERIODICIDAD	EJECUTADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ACCIONES REALIZADAS	RESPONSABLE - LIDER	CUMPLIMIENTO %
4. FORMACION Y CRECIMIENTO	Medir el clima organizacional y de acuerdo a los resultados establecer las acciones de mejora	Realizar anualmente medicion del clima Organizacional de la entidad y establecer acciones de mejoramiento de acuerdo a los resultados obtenidos y/o fortalecer las acciones positivas	Mediciones realizadas / Mediciones	1	Anual	1	09/08/2017	30/12/2017	En los meses de noviembre y diciembre se aplico a todo el personal la bateria psicosocial a todos los empleados de Panama y los Colaboradores de la Entidad En la oficina de Talento Humano reposan los respectivos informes con sus analisis y recomendaciones	GESTION DEL TALENTO HUMANO	100

RAFAEL ALFONSO JIMENEZ ESCOBAR  
 Gerente

MARIBEL ARSUELLIO CALA  
 Asesor Contro Interno (Contratista)