

PLAN OPERATIVO ANUAL 2018

PROCESO	EJE ESTRATEGICO/PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	ACTIVIDAD	META DE LA ACTIVIDAD	INDICADOR	FÓRMULA DEL INDICADOR	RANGOS DE MEDICIÓN	FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LA ACTIVIDAD
Atención primaria en salud	perspectiva financiera	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad para el año 2019.	Realizar Visitas Domiciliarias para los programas PAI, y Estrategia AIEPI Comunitaria	cumplimiento del 90% de actividades programadas	Porcentaje de cumplimiento de No charlas programadas en PAS 2017	# de Charlas Educativas realizadas/ total de Charlas Educativas programadas X 100	Rojo: ≤79% Amarillo: 80% - 99% Verde: 100%	MENSUAL
Atención primaria en salud	perspectiva financiera	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de	captacion de las gestantes sin control prenatal para el ingreso al programa a través de el personal extramural de los programas PAI	programar el 100 de las gestantes captadas a su	Porcentaje de cumplimiento del Numero de usuarias	# de Gestantes inscritas halladas del Plan de	Rojo: ≤79% Amarillo: 80% - 99% Verde: 100%	MENSUAL

Atención primaria en salud	perspectiva financiera	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de	captacion temprana antes de la semana 12 de las gestantes sin control prenatal para el ingreso al programa a través de el personal	Captacion de un 50% del total de gestante	Porcentaje de Cumplimiento del gestantes	# de Gestantes de primera vez que ingresaron antes de las 12	Rojo: ≤0,64% Amarillo: 0,65% - 0,84% Verde: >0,85%	MENSUAL
Atención primaria en salud	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Realizacion de la evaluacion de productividad por enfermera de P y P Vs Capacidad fisica instalada	Cumplimiento del 80% de Actividades Programadas	Porcentaje de Cumplimiento de Productividad	# de Atenciones de P y P realizadas/ Total de Atenciones	Rojo: ≤49% Amarillo: 50% - 89% Verde: >80%	MENSUAL
Atención primaria en salud	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Realizacion de la evaluacion de productividad por medico de P y P Vs Capacidad fisica instalada	Cumplimiento del 80% de Actividades Programadas	Porcentaje de Cumplimiento de Productividad	# de Atenciones de P y P realizadas/ Total de Atenciones	Rojo: ≤49% Amarillo: 50% - 79% Verde: >80%	MENSUAL
Atención primaria en salud	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Realizacion de la evaluacion de productividad por medico maternidad de P y P Vs Capacidad fisica instalada	Cumplimiento del 80% de Actividades Programadas	Porcentaje de Cumplimiento de Productividad	# de Atenciones de P y P realizadas/ Total de Atenciones	Rojo: >49% Amarillo: 50% - 79% Verde: >80%	MENSUAL
Atención primaria en salud	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Realizacion de la evaluacion de productividad por ginecologos para maternidad de P y P Vs Capacidad fisica instalada	Cumplimiento del 80% de Actividades Programadas	Porcentaje de Cumplimiento de Productividad	# de Atenciones de P y P realizadas/ Total de Atenciones	Rojo: >49% Amarillo: 50% - 79% Verde: >80%	MENSUAL
Atención primaria en salud	Tecnología e innovación, sistema de la información	Contribuir al logro de la vision institucional a través de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a	Reporte de las Gestantes de alto riesgo a sus respectivas Aseguradoras para dar cumplimiento a la circular 016 de	Reporte del 100% de las Gestantes de Alto Riesgo	Porcentaje de Cumplimiento del reporte mensual de	# de gestantes de alto riesgo obstetrico reportado/ Total de	Rojo: ≤79% Amarillo: 80% - 99% Verde: 100%	MENSUAL
Atención primaria en salud	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital	Cumplimiento del modelo de atención AVVS	Aplicación del modelo de atención Integral AVVS	Porcentaje de Cumplimiento de Aplicación del modelo de atención	# de usuarios que fueron atendidos por el modelo AVVS/ Total de	Rojo: ≤79% Amarillo: 80% - 99% Verde: 100%	MENSUAL
Atención primaria en salud	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	Implementación del Protocolo de las Tecnicas aprobadas en el Pais para la atención Integral de la interrupción Voluntaria del Embarazo	Cumplimiento del Protocolo IVE en embarazos menores de 10 semanas de	Procentaje de Cumplimiento de protocolo IVE solicitado	# de Usuaris que fueron orientadas por el protocolo IVE/ Total de Usuaris que	Rojo: ≤79% Amarillo: 80% - 99% Verde: 100%	MENSUAL

Atención primaria en salud	Tecnología e innovación, sistema de la información, crecimiento y desarrollo de	Contribuir al logro de la vision institucional a través de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estragias de innovación y capacitación a nuestro de colaboradores.	Reporte de la atención a las Gestantes según el anexo Tecnico 4725 a sus respectivas Aseguradoras para dar cumplimiento a la norma.	Reporte del 100% de las Gestantes de la atención a las Gestantes según el anexo	Porcentaje de Cumplimiento del reporte mensual de gestante por resolucion 4725	# reportes de la atención a las Gestantes según el anexo Tecnico 4725/ Total de	Rojo: ≤79% Amarillo: 80% - 99% Verde: 100%	MENSUAL
Atención primaria en salud	Tecnología e innovación, sistema de la información, crecimiento y desarrollo de	Contribuir al logro de la vision institucional a través de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estragias de innovación y capacitación a nuestro de colaboradores.	Reporte de las atenciones de primera vez de los programas de Promoción y Prevención según la resolucio 4505 2012 a sus respectivas Aseguradoras para dar cumplimiento a la norma.	Reporte del 100% de las atenciones de primera vez de los programas de Promoción y	Porcentaje de Cumplimiento del de las atenciones de primera vez de los programas	# de las atenciones de primera vez de los programas de Promoción y Prevención	Rojo: ≤79% Amarillo: 80% - 99% Verde: 100%	MENSUAL
Atención primaria en salud	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicacion del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de	Seguimiento a las Gestantes inasistentes a sus citas de control.	Seguimiento al 100% de las Gestantes inasistentes a	Porcentaje de Cumplimiento de seguimiento a las Gestantes con seguimiento	# de las Gestantes inasistentes	Rojo: ≤69% Amarillo: 70% - 89% Verde: 90%	MENSUAL
Atención primaria en salud	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicacion del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de	Seguimiento a las usuarios de P y P inasistentes a sus citas de control.	Seguimiento a los usuarios de P y P inasistentes a los usuarios con seguimiento	Porcentaje de Cumplimiento de seguimiento a los usuarios con seguimiento	# de los usuarios de P y P inasistentes	Rojo: ≤69% Amarillo: 70% - 89% Verde: >90%	MENSUAL
Atención primaria en salud	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	Captación para la Inscripción temprana de los programas de Crecimiento y Desarrollo, al niño y Planificación Familiar a la futura Puerpera, antes de la terminación de la gestación.	Programación Citas a los 8 días despues del parto o cesarea del binomio madre	Porcentaje de Cumplimiento Captación para la Inscripción temprana de los programas de	# de binomio madre e hijo atendidos a los 8 días en los programas C yD, PF/ Total de	Rojo: ≤49% Amarillo: 50% - 79% Verde: ≥80%	MENSUAL
Atención primaria en salud	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	Reportar la incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0 casos de sífilis congénita de las uasarias gestantes atendidas en el programa de	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	# casos de sífilis congénita confirmados / Número de Recién Nacidos atendida por la	Rojo: ≥1 caso = 0% Verde: 0 casos = 100%	MENSUAL

Atención primaria en salud	Perspectiva Servicios	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	Desarrollar estrategias de promoción educación, comunicación e información a través de la actividad de pares ,jovenes educando a jovenes la cual se realiza de manera extramural en las	aumentar en un 50% el numero de promoción de la salud a través de estrategias de	numero de actividades grupales programadas por pares jovenes	# numero de actividades educativas realizadas / Total de actividades	Rojo: < 80% Amarillo: 80% - 99% Verde: 100%	MENSUAL
Atención primaria en salud	Perspectiva Servicios	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	Realización de la evaluación de productividad PAI por el talento humano contratado	Cumplimiento del 90% de Actividades Programadas para el talento humano de	Porcentaje de Cumplimiento de laProductividad de biológicos aplicados por el	# total de biológicos aplicados por el talento humano contratado en PAI / Total de	Rojo: ≤69% Amarillo: 70% - 89% Verde: ≥90%	MENSUAL
Atención primaria en salud	perspectiva servicios	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	Evaluación de la adherencia de la norma técnica de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo por la auditoria interna concurrente .	alcanzar el 80% de adherencia en la norma técnica de detección temprana de las	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	numero de historias clinicas que hacen parte de la muestra representativa de niños y niñas	Rojo: 50% Amarillo: 51% - 79% Verde: 80%	BIMENSUAL
Almacén	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Implementar los procesos levantados en año 2017	Implementar en un 90 los procesos de almacén .	Proceso implementados oportunamente.	No. procesos implementados /No de procesos entregados por la imprea que los levanto*100.	rojo: 0-50% amarillo: 51-99% verde: 100%	Anual
Almacén	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Elaborar mapa de riesgos de gestión del proceso de Almacén	1 mapa de riesgo de gestión	documento realizado	N° de documentos realizados/N° de documentos proyectados a realizar*100	rojo:0% verde: 100%	anual

Almacén	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Optimizar los registros de las entradas y salidas de los insumos solicitado por los centro de salud y las areas Administrativas.	Registrar el 100% de la entradas y salidas de insumo de almacén.	Registrar las entradas y salidas de insumos del almacén en el Kardex .	No.registros de entradas y salidas en el Kardex de almacén / No. de entradas y	rojo: 0-50% amarillo: 51-99% verde: 100%	trimestral
almacén	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Efectuar la sustitución de los recipientes inadecuados por otros que cumplan con las características señaladas en las normas aplicables en los Centros Salud del Hospital, sedes Costa Hermosa , Salamanca ,	adquisición de los recipientes para los baños según el código de color	adquisición del 100% de los recipientes	N de recipientes comprados/ N de recipientes programados para cambiar	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	
Estadísticas Hospitalarias	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestro de colaboradores.	Consolidar información de Promoción y Prevención (madres gestantes, crecimiento y desarrollo y adulto joven)	Consolidar la información dentro de los primeros 8 días hábiles de cada mes	Porcentaje de cumplimiento de informes consolidados	# de informes realizados/ total de informes X 100	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	MENSUAL
Estadísticas Hospitalarias	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestro de colaboradores.	Consolidar información del servicio de odontología	cumplimiento del 90% de actividades programadas	Porcentaje de cumplimiento de informes consolidados	# de informes realizados/ total de informes X 100	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	MENSUAL
Estadísticas Hospitalarias	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestro de colaboradores.	Consolidar información del servicio de consulta externa y urgencia	cumplimiento del 90% de actividades programadas	Porcentaje de cumplimiento de informes consolidados	# de informes realizados/ total de informes X 100	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	MENSUAL

Estadísticas Hospitalarias	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estragias de innovación y capacitación a nuestro de colaboradores.	Consolidar información de programas especiales y salud pública.	cumplimento del 90% de actividades programadas	Porcentaje de cumplimiento de informes consolidados	# de informes realizados/ total de informes X 100	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	MENSUAL
Estadísticas Hospitalarias	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estragias de innovación y capacitación a nuestro de colaboradores.	Consolidar información del servicio de fisioterapia, nutrición , sicología, diabeticos e hipertensos	cumplimento del 90% de actividades programadas	Porcentaje de cumplimiento de informes consolidados	# de informes realizados/ total de informes X 100	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	MENSUAL
Estadísticas Hospitalarias	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estragias de innovación y capacitación a nuestro de colaboradores.	Consolidar información de laboratorios y R-X	cumplimento del 90% de actividades programadas	Porcentaje de cumplimiento de informes consolidados	# de informes realizados/ total de informes X 100	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	MENSUAL
Estadísticas Hospitalarias	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estragias de innovación y capacitación a nuestro de colaboradores.	Auditar la información sobre los nacidos vivos y defunciones ingresados en la plataforma de Estadística vital RUAf pre- critica por parte de los coordinadores de los centros 13 de Junio y Ciudadela	cumplimento del 90% de actividades programadas	Porcentaje de cumplimiento de auditorias realizadas	# de auditorias realizadas	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	MENSUAL
Estadísticas Hospitalarias	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estragias de innovación y capacitación a nuestro de colaboradores.	entregar la informacion recibida para realización del Informe de producción 2193 trimestral y anual	cargue de información oportuna a los entes de control	Porcentaje de informes consolidados	# de informes realizados/ total de informes X 100	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	Trimestral

Estadísticas Hospitalarias	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar seguimiento al mapa de riesgos de gestión del proceso de estadísticas hospitalarias.	1 informe de seguimiento cuatrimestral	seguimientos realizados	# de seguimientos realizados/Total de seguimientos a realizar*100	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	cuatrimestral
Estadísticas Hospitalarias	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	control de entrega oportuna de la información de p y p por parte de las enfermeras jefes	100% de certificaciones de acuerdo a la oportunidad de entrega por parte de las	oportunidad en entrega de información.	numero de certificaciones emitidas de entrega a tiempo / numero de	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	mensual
Estadísticas Hospitalarias	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Envío de informes de administración del Sistema de Administración del riesgo de Lavado de Activos y de la financiación del terrorismo SARLAFT	Implementar el 100% de las actividades SARLAFT	informe de SARLAFT	N° de actividades ejecutadas/N° de actividades programadas*100	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	Mensual
Estadísticas Hospitalarias	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Liderar la implementación, mantenimiento, mejora y fortalecimiento continua del MECI	Implementar el 100% de las actividades MECI	MECI implementado	N° de actividades ejecutadas/N° de actividades programadas*100	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	semestral
Facturación	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Verificar errores presentados por facturación en el reporteador	<=10%	% de errores encontrados en la facturación de atenciones	# de errores/ Total de actividades*100	Rojo: >21% Amarillo: 11% - 20% Verde:0%- 10%	Mensualmente

Facturación	perspectiva procesos internos	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Verificar la correccion de errores	100%	% de errores encontrados corregidos	# de errores corregidos / # total de errores encontrados *100	Rojo: 0% - 79% Amarillo:80% - 99% Verde:100%	Mensualmente
Facturación	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Verificar que la liquidacion de la factura este de acuerdo con la contratacion.	Verificación del 100% de las factuas liquidadas	% de facturas liquidadas correctamente	N° de facturas liquidadas que cumplen con lo contratado/N° total de facturas liquidadas*100	Rojo: 0% - 79% Amarillo:80% - 99% Verde:100%	Mensualmente
Facturación	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	verificar el envio oportuno a las diferentes eps	Radicación del 100% de las facturas generadas	% de radicación de facturas generadas	N° de facturas radicas/ N° de facturas liquidadas*100	Rojo: 0% - 79% Amarillo:80% - 99% Verde:100%	Mensualmente
Facturación	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	auditar previa al envio a las eps	Auditar el total de eventos a enviar a las EAPB	% de eventos auditados	# de total de eventos auditados/total de eventos generados	Rojo: 0% - 79% Amarillo:80% - 99% Verde:100%	Mensualmente
Facturación	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	auditar previa a la generacion o liquidacion de las facturas por evento	auditar clinicamente las atenciones antes de que sean liquidadas		# total de atenciones auditadas por paciente por evntos / eventos	Rojo: 0% - 79% Amarillo:80% - 99% Verde:100%	Mensualmente

Facturación	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	implementar seguimiento a las facturas radicadas	verificar que lo facturado este efectivamente radicado	Seguimiento a facturas radicadas	total radicado /total de facturas generadas	Rojo: 0% - 79% Amarillo:80% - 99% Verde:100%	Mensualmente
Facturación	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	hacer informe de la contratacion	un informe	Realizacion de Informes	un informe	Rojo: 0% - 79% Amarillo:80% - 99% Verde:100%	Mensualmente
Facturación	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	aumentar las restricciones en el software	un 100% de parametrizacion por ,con respecto a la normatividad vigente.	Efectividad del sistema de información	errores encontrados / total de atenciones.	Rojo: 0% - 79% Amarillo:80% - 99% Verde:100%	Mensualmente
Facturación	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Realizar informe de rips trimestral	un informe	Realizacion de Informes	informes presentados/total de informes proyectados	Rojo: 0% - 79% Amarillo:80% - 99% Verde:100%	Mensualmente
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Elaborar el proyecto marco de presu	Aprobación del P	Presupuesto apr	Acto administrat	rojo: 0verde: 1	Anual

Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Seguimiento a las ejecuciones presup	Resultado del eq	Equilibrio presup	Valor de la ejecu	Rojo:<0,80Amari	mensual
Financiera	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	reportar CGR presupuestal	Enviar oportuna	Oportunidad de l	registro en los pl	rojo: 0verde: env	trimestral
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	controlar el gastos de la vigencia cor	los gastos totale	racionalizacion d	(total Gastos con	Rojo <10%	semestral
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Generar informes Trimestrales de res	Toma de decisio	Informes trimest	cumplimiento en	rojo: No presenta	trimestral
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Depurar los saldos de cada cuenta co	Depurar el 100%	Razonabilidad de	N° de cuentas co	Rojo:<60Amarillo	trimestral

Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Reactivacion del comité de sostenim	Someter a comit	Autorización de a	N° de ajustes apr	Rojo:<60Amarillo	trimestral
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Registrar en el software contable los	registrar en softv	Ajustes registrad	Ajustes registrad	Rojo:<60Amarillo	trimestral
Financiera	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	reportar CHIP contable presupuesta	Enviar oportuna	Oportunidad de l	registro en los pl	Rojo: 0- No cump	trimestral
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Registrar en el software financiero lo	Registro del 100	Conciliaciones re	N° de actos de cc	Rojo: 0% - 59% A	trimestral
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Seguimiento de los pasivos de la ent	Sanear y disminu	reduccion del Pa	(pasivo total trim	Rojo <10%	trimestral

Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	seguimiento al recaudo total mensual	incrementar el recaudo	Aumento del recaudo	(Recaudo total mensual)	Rojo <10%	mensual
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Causar de manera inmediata las cuentas por pagar	causar el 100% de las cuentas por pagar	Causaciones reales	N° de cuentas causadas	Rojo: 0% - 59% Amarillo	mensual
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Elaborar los egresos del mes inmediatamente	Elaboración de egresos	Egresos elaborados	n° de egresos elaborados	Rojo:0-59Amarillo	mensual
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Realizar programación de pago de proveedores	Cancelar mes a mes	Pago oportuno	N° de cuentas pagadas	Rojo:0-59Amarillo	mensual
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	verificar las cuentas por pagar físicas	No incurrir en pasivos	verificación de la deuda	Nª de cuentas identificadas	Rojo:0-59Amarillo	mensual

Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Elaborar los comprobantes de ingresos	Elaboración del comprobante de ingresos	Comprobante de ingresos	n° de comprobantes	Rojo:0-59 Amarillo:60-119	mensual
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Conciliar y depurar los saldos de cuentas	100% de los saldos conciliados	Conciliación de saldos	Valor conciliado/total	Rojo: 0% - 79% Amarillo: 80% - 99%	trimestral
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Reportar la circular 030	Enviar oportuna y correctamente	Oportunidad de registro	registro en los pliegos	rojo: 0 - envío incorrecto	trimestral
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Control de seguimiento a la recuperación de cartera	recaudar cartera	% de Recuperación	Valor del recaudo	Rojo: <10%	semestral
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Parametrización correcta de las cuentas contables de nóminas avaladas por el contador en compañía de contratista del software	100% parametrización	modulo de nóminas	% modulo de nóminas	Rojo: <100%	trimestral

Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Elaborar la nomina y demas liquidaci	Remitir la nomina	Nomina entregad	Cumplimiento de	Rojo: 0 - No cum	mesual
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Segumiento y monitoreo al PSFF	Ejecutar el total	Recursos	recursos solicitad	Rojo: 0% - 79% A	Trimestral
Financiera	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Seguimiento, monitoreo y aplicación	implementar y re	implementacion	Cumplimiento pl	Rojo: 0 - No cum	Trimestral
Financiera	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Levantar los manuales de procesos y	Documentar e in	Implementacion	N° de procesos in	Rojo: 0% - 79% A	trimestral
Financiera	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Cumplir con la liquidacion presentaci	Cumplimiento o	Presentacion y p	Presentacion ope	Rojo: presentaci	Mensual

Financiera	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Cumplir con la liquidacion presentaci	Cumplimiento o	Presentacion y p	Presentacion opo	Rojo: presentaci	bimensual
Financiera	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Suministrar y reportarla informacion	Cumplir el 100%	reporte oportuno	Envio exitoso y o	Rojo: 0 - envio in	Trimestral
Financiera	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar comites de sostenimientos contables donde mediante actas se depure las Eps liquidadas	actas de reuniones realizadas	100% de actas de comité de sostenimiento de contable	n de comites realizados/ N de comité programados	Rojo: 0% - 79% Amarillo:80% - 95% Verde: 96% - 100%	Trimestral
Gestión documental	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	verificacion de la informacion suministrada por el contratista referente a los aportes de seguridad social por parte del supervisor (establecido en el Plan de mejoramiento	Contratos con el lleno de los requisitos	100% de los contratos suscritos con el lleno de los requisitos	100% de los contratos con el lleno de los requisitos	Rojo: 0% - 79% A	mensual
Gestión documental	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Elaborar, aprobar, publicar e implementar los instrumentos archivísticos	Implementación de instrumentos archivísticos	Implementación de instrumentos archivísticos	N de instrumentos archivísticos implementados /N° de instrumentos	rojo: 0% - 50% Amarillo: 51% - 89% Verde: 90% - 100%	BIMENSUAL

Gestión documental	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar un diagnóstico integral teniendo como marco los procesos archivísticos que permitan identificar y evaluar los aspectos críticos de la Gestión Documental.	Diagnóstico elaborado	Diagnóstico elaborado	N° de diagnósticos elaborados/N° total de diagnósticos proyectados*10	rojo: 0= 0% verde:1= 100%	Anual
Gestión documental	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Establecer la metodología para la planeación e implementación del PGD que defina alcance, objetivos, indicadores e identifique los riesgos de alto nivel entre otros.	Metodología para la planeación e implementación del PGD elaborada	Metodología para la planeación e implementación del PGD elaborada	N° de metodologías elaboradas/N° total de metodologías proyectadas*10	rojo: 0= 0% verde:1= 100%	Anual
Gestión documental	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	socializar para la vigencia 2018 el procedimiento de solicitud de HC	procedimiento implementado	procedimiento implementado	procedimiento implementado	rojo: 0= 0% verde:1= 100%	anual
Gestión documental	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Diseñar, implementar, adoptar, socializar y publicar los procesos de la Gestión Documental según Decreto 2609 de 2012.	Procesos levantados e implementados	Procesos levantados e implementados	N° de procesos publicados de GD/N° de procesos de Gestión Documental	rojo: 0% - 50% Amarillo: 51% - 89% Verde: 90% - 100%	ANUAL
Gestión documental	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Elaborar cronograma de implementación del PGD	Cronograma elaborado	Cronograma elaborado	N° de cronogramas elaborados/N° total de cronogramas proyectados*10	rojo: 0= 0% verde:1= 100%	Anual

Gestión documental	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Diseñar, implementar, adoptar, socializar y publicar los procesos Institucionales	Procesos levantados e implementados en un 100% de acuerdo al cronograma de	Procesos levantados e implementados	N° de procesos institucionales implementados /N° de procesos institucionales levantados*100	rojo: 0% - 50% Amarillo: 51% - 89% Verde: 90% - 100%	ANUAL
Planeación	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Auditar cumplimiento de Plan de desarrollo Institucional	Socializar a los líderes de las unidades el PDI a 30 de Mayo se habra actualizado el codigo de etica y buen gobierno	Socialización PDI	N° de líderes a los que se les realizó la socialización/N° de líderes de las unidades y/o	rojo: 0% - 70% amarillo: 71% - 99% verde: 100%	ANUAL
Planeación	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	Socialización del código de ética y buen Gobierno		N° de Documento actualizado	N° de documentos actualizado oportunamente /N° de documento	Rojo = 0% Verde = 100%	ANUAL
Planeación	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Incluir proyectos en Plan Bienal de Inversiones en el tiempo definido por la Secretaría Departamental de salud	Proyectos incluidos en el tiempo establecido según según requisitos de	% Proyectos incluidos en Plan Bienal de Inversiones que cumplen con los requisitos	N° Proyectos incluidos en el tiempo establecido en el Plan Bienal de Inversiones que	Rojo: <100% Verde:100%	ANUAL
Planeación	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Consolidar Plan Anticorrupción y atención al ciudadano para la vigencia 2018	Un Plan Anticorrupción y atención al ciudadano elaborado	n° de documentos elaborados	N° de documentos elaborados	rojo: 0 Verde: 1	ANUAL

Planeación	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar mesa de trabajo para la revisión, análisis y aplicación de la Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción y de gestión y ajustes a la matriz de riesgos de corrupción que, en consecuencia, resulten	1 mesa de trabajo	Mesa de trabajo de sensibilización y socialización de la guías de administración y	N° de Mesas de trabajo de sensibilización y socialización de la guías de administración y	rojo:0 verde:1	ANUAL
Planeación	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar mesas de trabajo para la construcción del mapa de riesgos de gestión por procesos y mapa de riesgos de corrupción por procesos verificando la inclusión de riesgos asociados a la visibilidad,	10 mesas de trabajo	% de mesas de trabajo para la construcción de los mapas de riesgos por procesos	N° de mesas de trabajo para la construcción de los mapas de riesgos por procesos	rojo: 0% - 70% amarillo: 71% - 99% verde: 100%	ANUAL
Planeación	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Consolidar mapa Riesgos Institucional según lo establecido en el manual de administración de riesgos vigente	Consolidar 1 mapa de riesgos institucional	% de mapas de riesgos consolidados	N° de mapas de riesgos consolidados/N° de mapas de riesgos proyectados*10	rojo:0% -99% verde:100%	ANUAL
Planeación	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Socializar mapas de Riesgos proyectados con cada líder del proceso	Realizar una Jornada (Charla o taller) relacionada a la difusión del mapa de	N° de socializaciones de mapas de riesgos	N° de socializaciones de mapas de riesgos realizadas	rojo:0 verde:1	ANUAL
Planeación	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Socialización de la Plan anticorrupción y atención y ciudadano	1 Publicacion ANUAL en pagina web de la entidad	N° de socializaciones realizadas	N° de socializaciones realizadas/N° de socializaciones proyectas	rojo:0 verde:1	

Planeación	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Desarrollar mesas de trabajo para socialización de metodología de elaboración del Plan Operativo Anual.	Realizar mesas de trabajo con las diferentes unidades del Hospital para elaboración del	n° de mesas de trabajo realizadas	n° de mesas de trabajo realizadas en el mes de mayo/N° total de mesas de	rojo: 0% - 70% amarillo: 71% - 99% verde: 100%	anual
Planeación	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Monitorear mensualmente los Planes Operativos de cada Unidad.	1 seguimiento mensual mes vencido	seguimiento a los POA	N° de seguimiento realizados/N° de poas entregados*100	rojo: 0% - 70% amarillo: 71% - 99% verde: 100%	MENSUAL
Planeación	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Hacer seguimiento a los mapas de riesgos por lo menos 3 veces al año, abril 30, agosto 31 y diciembre 31 y actualizar para su publicación	1 SEGUIMIENTO SEMESTRAL	Seguimiento a mapas de riesgos institucionales	n° de seguimientos proyectados/N° de seguimientos proyectados a realizar*100	rojo: 0% - 70% amarillo: 71% - 99% verde: 100%	CUATRIMESTRAL
Planeación	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	elaborar un informe de debilidades y fortalezas internas sobre las acciones programadas para la Rendición de Cuentas, incluyendo la evaluación realizada por los participantes de los eventos	1 Informe para la rendición de cuentas	N° de informes de rendición de cuentas	N° de informes realizados/N° de informes proyectados*100	rojo: 0% - 70% amarillo: 71% - 99% verde: 100%	ANUAL
Planeación	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar actividades de sensibilización y capacitación en temas de transparencia, marco ético Hospitalario y cultura de la legalidad	Realizar dos jornadas de capacitación en el año durante el proceso de inducción	Sensibilización	N° de documentos socializados/N° de documentos proyectados a socializar*100	rojo:0% verde: 100%	BIMENSUAL

TIC	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Elaborar mapa Riesgos de corrupción del proceso de TIC	Mapa de Riesgos de corrupción	Documento Elaborado	N° de documentos realizados/N° de documentos proyectados a realizar*100	rojo: 0% - 39% amarillo: 40% - 99% verde: 100%	anual
TIC	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Actualización de la información contenida en el enlace de transparencia y acceso a la información como principal medio de acercamiento con la comunidad frente a la normativa vigente.	Enlace de transparencia y acceso a la información del sitio web de la ESE con la	# de publicaciones	Numero de informes publicados / No. De informes inventariados	rojo: 0% - 39% amarillo: 40% - 99% verde: 100%	trimestral
Recursos Humanos	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	Socializacion del Plan estrategico de talento Humano 2017-2020	A 30 de septiembre se habra diseñado el Plan estartegico de talento	N° de Documento actualizado	N° de documentos diseñado oportunamente /N° de documento	Rojo: 0% Verde: 100%	Anual
Recursos Humanos	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Elaborar mapa de riesgos de gestión del proceso de recursos humanos	1 mapa de riesgo de gestión	documento realizado	N° de documentos realizados/N° de documentos proyectados a realizar*100	rojo:0% verde: 100%	anual
Recursos Humanos	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	Realizar jornada de induccion para el personal que ingrese al hospital.	A 30 de septiembre se habra realizado las actividades de induccion programadas	N° de actividades de induccion realizadas	No de actividades de induccion realizadas/No de actividades de induccion	Rojo: < 50% Amarillo: 51% - 89% Verde: 90 - 100%	Anual

Recursos Humanos	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	Realizar una jornada de reinducción de carácter anual para todo el personal que trabaja en la entidad	a 30 de septiembre se habra realizado 1 actividad de reinducción con la participacion	No de actividad de reinducción realizada	No de actividad de Reinducción realizada oportunamente /No de actividad de reinducción	Rojo: 0% Verde: 100%	Anual
Recursos Humanos	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Incluir en las Jornadas de Inducción y Reinducción de la Entidad, el desarrollo de temas asociados con Rendición de Cuentas, etica e integralidad, estatuto anticorrupcion	A 31 de diciembre se habra realizado 3 actividades de induccion al personal	N° de actividades de induccion realizadas	No de actividades de induccion realizadas/No de actividades de induccion	Rojo: < 50% Amarillo: 51% - 89% Verde: 90 - 100%	CUATRIMESTRAL
Recursos Humanos	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	implementar la actualizacion de las hojas de vida de funcionarios y contratistas a traves del Sistema de informacion Y gestion del empleo (SIGEP)	a 31 de agosto se habra actualizando las hojas de vida a traves d ela plataforma	hojas de vida actualizadas	No de hojas de vida actualizadas en el SIGEP /No de total de funcionarios y	Rojo: 0% Verde: 100%	Anual
Recursos Humanos	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Socializar del codigo de etica y buen Gobierno a todos los empleados de la Institucion	a 30 de noviembre, el 90% de los empleados habran recibido socializacion del	% de empleados que recibieron socializacion del codigo de etica y buen Gobierno	N° de empleados que recibieron la capacitacion/ No de empleados	Rojo: < 50% Amarillo: 51% - 89% Verde: 90 - 100%	Anual
Recursos Humanos	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Actualizar reglamento interno de trabajo	A 30 de agosto se habra actualizado el reglamento interno de trabajo	N° de documento actualizado	N° de documento actualizado/N° de documento proyectado*101	Rojo: 0% Verde: 100%	Anual

Recursos Humanos	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Socializar y entregar el reglamento interno de trabajo	A 30 de septiembre , el 100% de los empleados habrán recibido socialización del	% de empleados que recibieron socialización del reglamento interno de trabajo	N° de empleados que asistieron a la socialización/ No de empleados	Rojo: < 50% Amarillo: 51% - 89% Verde: 90 - 100%	anual
Recursos Humanos	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Garantizar el proceso de evaluación de desempeño a los empleados de carrera	A 31 de diciembre se habrá realizado las evaluaciones de desempeño a todos los	N° de evaluaciones de desempeño aplicadas	N° de evaluaciones de desempeño aplicadas	Rojo: 0% Verde: 100%	Anual
Recursos Humanos	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	Implementación y Socialización del manual de procesos y procedimientos de Talento humano	A 30 de diciembre se habrá medido la línea base de ausentismo laboral en los	N° De documento realizado	N° de documento realizado	Rojo: 0% Verde: 100%	anual
Recursos Humanos	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	Medir línea base de ausentismo laboral	A 30 de diciembre se habrá diseñado el manual de procesos y procedimientos	N° De documento realizado	N° de documento realizado	Rojo: 0% Verde: 100%	anual
Recursos Humanos	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	Diseñar e implementar del plan institucional de capacitaciones	Para el primer trimestre del año 2017 se habrá diseñado el plan de capacitaciones	N° De documento realizado	N° de documento realizado/N° de documento*100	Rojo: 0% Verde: 100%	Anual

Recursos Humanos	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	Diseñar e implementar el Plan Bienestar Social e incentivos	Para el primer trimestre del año se habrá diseñado el plan de bienestar social	N° de documento realizado	N° de documento realizado/N° de documento	Rojo: 0% Verde: 100%	Anual
Recursos Humanos	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	Realizar encuesta de clima organizacional de la entidad	A 30 de agosto se habrá aplicado encuesta de clima organizacional a	70% de participación de los colaboradores en el diligenciamiento	No de colaboradores participantes /total de funcionarios y contratistas del	Rojo: 0% Verde: 100%	Anual
Recursos Humanos	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	Diseñar e implementar estrategias de mejoramiento del clima laboral	A 30 de septiembre se habrá diseñado las estrategias de clima organizacional	Avance en el diseño de estrategias de mejoramiento del clima organizacional	No de document	Rojo: 0% Verde: 100%	Anual
Recursos Humanos	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	Implementar sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	A 30 de noviembre se habrá iniciado la implementación del sistema	N° De documento realizado	N° de documento realizado/N° de documento*100	Rojo: < 50% Amarillo: 51% - 89% Verde: 90 - 100%	Anual
Recursos Humanos	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	Realizar semana de la seguridad y salud en el trabajo	A 31 de diciembre se habrá realizado las actividades de la semana de la seguridad y	85% de participación de los colaboradores en las actividades de la	No de colaboradores participantes /No de colaboradores convocados	Rojo: 0% Verde: 100%	Anual

Recursos Humanos	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	Realizar reuniones cuatrimestrales para llevar a la mesa de trabajo todos los aspectos relacionados con la convivencia laboral	a 31 de diciembre se habrán realizado 3 reuniones del comité de	N° de reuniones del comité de convivencia laboral	N° de reuniones realizadas/ N° de reuniones programadas*100	Rojo: < 50% Amarillo: 51% - 89% Verde: 90 - 100%	Cuatrimestral
Recursos Humanos	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	Realizar trimestralmente el informe del Decreto 2193 correspondiente a la información de contratación del talento humano	a 31 de diciembre se habrán realizado 4 informes trimestrales en	N° de informes rendidos	N° de informes rendidos / N° de informes programados por rendir *100	Rojo: < 50% Amarillo: 51% - 89% Verde: 90 - 100%	Trimestral
Recursos Humanos	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	realizar el informe semestral y anual correspondiente a la contratación de recursos Humanos a la Contraloría general de la República	a 31 de diciembre se habrán realizado 2 informes uno semestral y	N° de informes rendidos	N° de informes rendidos / N° de informes programados por rendir *100	Rojo: < 50% Amarillo: 51% - 89% Verde: 90 - 100%	Anual
Recursos Humanos	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	realizar el informe mensual correspondiente a la contratación de recursos Humanos a la Contraloría municipal	a 31 de diciembre se habrán realizado 12 informes en la plataforma SIA	N° de informes rendidos	N° de informes rendidos / N° de informes programados por rendir *100	Rojo: 0% Verde: 100%	Mensual
Recursos Humanos	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Fortalecer la gestión del talento humano propiciando su desarrollo integral a través de estrategias enfocadas en el crecimiento y desarrollo de sus competencias.	Cumplir con las acciones proyectadas en el mapa de riesgo de gestión para evitar la materialización de los riesgos asociados al proceso de recursos humanos	Cumplir con el 100% de las actividades programadas	Cumplimiento mapa de riesgos de gestión	N° de actividades programadas/N° de actividades proyectadas*100	rojo: 0% - 99% verde:100%	cuatrimestral

urgencias	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Cumplir con las acciones proyectadas en el mapa de riesgo de gestión para evitar la materialización de los riesgos asociados al proceso de urgencias	Cumplir con el 100% de las actividades programadas	Cumplimiento mapa de riesgos de gestión	N° de actividades programadas/N° de actividades proyectadas*100	rojo: 0% - 99% verde:100%	cutrimestral
Urgencias	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Elaborar mapa de riesgos de gestión del proceso de Urgencias	1 mapa de riesgo de gestión	documento realizado	N° de documentos realizados/N° de documentos proyectados a realizar*100	rojo:0% verde: 100%	anual
Urgencias	perspectiva servicios	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	Brindar educacion a la comunidad sobre el porceso de triage.	Capacitar a los usuarios que se encuentren en la sala de espera del servicio de	# de capacitaciones realizadas	# de capacitaciones realizadas/# de capacitaciones programadas	ROJO: 0 - 69% de las capacitaciones programadas Amarillo: 70 - 89% de las	semestral
Urgencias	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	socializar las guias de las 5 primeras causas de morbilidad en el servicio de urgencias primer trimestre del año en curso	cumplir con el 100% de las socializaciones de las guias	% de socializacion de los guias de urgencias	# de actas de socializacion / # de guias	ROJO: 0 - 69% de las capacitaciones programadas Amarillo: 70 - 99% de las	Anual
Urgencias	perspectiva servicios	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	Identificar los niveles de reingresos Hospitalarios.	Menor o Igual a 0,03	Reingreso al Servicio de Urgencias (menos de 72 horas).	No. de reingreso al servicio de Urgencias en menos de 72 horas X 100 / No. total de	Califique con (0), si durante la vigencia evaluada el indicador específico	mensual

Urgencias	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	Realizar informe para el envío oportuno de las actividades descritas en la resolucion 2193 de 2004	presentacion oportuna de la información del reporte en la resolucio 2193	oportunidad en el reporte de las actividades en 2193	# de informes repórtados de la res. 2193 en el período/ # total de informes a reportar*100	rojo: 0% Verde 100%	mensual
Urgencias	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar seguimiento al mapa de riesgos de gestion de procesos DE URGENCIAS	seguimiento al 100% del mapa de gestion del riesgo de procesos	porcentaje de cumplimiento al seguimiento al mapa de riesgo de gestion de procesos	# de seguimientos realizados al mapa de riesgos de gestio de procesos/total	rojo: 0% Verde 100%	cuatrimestral
Odontología	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo de atención primaria en salud (APS) buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la Humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	INFORME DE OPORTUNIDAD DE CITAS PARA PRESTAR EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA	Menor o Igual a 3	Oportunidad de la asignacion de citas en la consulta Odontológicas	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el	(0), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado	mensual
Odontología	Tecnología e innovación, sistema de la información, crecimiento y desarrollo de	Contribuir al logro de la vision institucional a través de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estragias de innovación y capacitación a nuestro de colaboradores.	Reporte de cada una de las actividades odontologicas descritas en la resolucio 2193	Cumplimiento de las actividades reportadas en 2193	# de actividades reportadas en la resolucio 2193	# de actividades repórtadas de la res. 2193 en el período/ metas de saneamiento fiscal	ROJO: 0 - 59% AMARILLO: 60 - 99% VERDE: 100%	mensual
Odontología	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo de atención primaria en salud (APS) buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la Humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	Informe de controles placa a la poblacion objeto del proyecto de salud oral en el periodo.	EL 100% de los controles placa realizados a la poblacion objeto del proyecto de	% de controles placa realizados a la poblacion objeto del proyecto de salud oral en el	N° de controles placa realizados a la poblacion objeto del proyecto de salud oral	ROJO: 0 - 59% control placa realizado AMARILLO: 60 - 99% control placa realizado	mensual

Odontología	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Evaluación de la productividad del servicio odontología institucional	EL 80% de la productividad del servicio de odontología en el periodo de acuerdo a la	% de productividad del servicio en el periodo	N° de usuarios atendidos en el período / N° de usuarios programados de acuerdo a la	ROJO: 0 - 59% AMARILLO: 60 - 79% VERDE: 80- 100%	mensual
Odontología	procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Auditoria del cargue de la información de las historias clinicas de Odontología	El 80% de las Historia clinicas auditadas debe tener la informacion cargada	% de historias clinicas auditadas con informacion completa	N° de historias clinicas auditadas con informacion completa/total de historias	ROJO: 0 - 59% Historias clinicas auditadas AMARILLO: 60 - 79% Historias clinicas	trimestral
Odontología	procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Auditoria de adherencia a guias de practica clínica del servicio de odontología	El 80% de adherencia a guías de practica clínica del servicio de odontología	% de adherencia a guias de practica clínica del servicio de odontología	Número de criterios cumplidos / Numero total de criterios evaluados X	ROJO: 0 - 59% AMARILLO: 60 - 79% VERDE: 80- 100%	SEMESTRAL
Odontología	procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar seguimiento al proceso de Bioseguridad y Esterilización en el servicio de Odontologia	Realizar 3 seguimientos al año a la adherencia al proceso de bioseguridad y	Seguimiento a la adherencia al proceso de bioseguridad y esterilización del servicio de	Número total de evaluaciones con resultados satisfactorios / Total de Evaluaciones	ROJO: 0% VERDE: 100%	Cuatrimstral
Odontología	procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Elaboracion del Mapa de riesgo del servicio de Odontologia	Elaborar mapa de riesgo del servicio de Odontologia	Elaboracion del mapa de riesgo del servicio de Odontologia antes del 31 de enero del 2018	Entrega del mapa de riesgo del servicio de Odontologia en la fecha estipulada	ROJO: 0% VERDE: 100%	Anual

Odontología	procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Verificación del diligenciamiento de consentimiento informado para los procedimientos odontológicos	El 80% de los procedimientos que requieran consentimiento informado deben estar	% de consentimientos informados diligenciados	N° de consentimientos informados diligenciados de la muestra/ Total de	ROJO: 0 - 59% AMARILLO: 60 - 79% VERDE: 80-100%	Cuatrimstral
Odontología	PERSPECTIVA PROCESOS	•Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar visita a cada uno de los centros de atención materno infantil interactuar con el cliente interno, realizar mesa de trabajo para socializar información de avances, dificultades, hallazgos,	Realizar 2 mesas de trabajo en el año por cada centro de salud.	N° de mesas de trabajo realizadas en los centros de salud.	N° de mesas de trabajo realizadas en los centros de salud /Total de mesas programadas a	ROJO: 0 - 3=33% AMARILLO: 4-7=66% VERDE: 8 = 100%	semestral
Odontología	PERSPECTIVA PROCESOS	•Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar planes de mejoramiento de acuerdo con los resultados de las auditorias internas y externas	Cumplir con el 80% de las actividades programadas en el plan de mejoramiento	% de actividades ejecutadas	N° de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas de	ROJO: 0 - 59% AMARILLO: 60 - 79% VERDE: 80-100%	Cuatrimestre
Servicio farmaceutico	perspectiva servicios	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	REALIZAR DISPENSACION TOTAL MENSUAL EN EL SERVICIO FARMACEUTICO PARA SATISFACER LA NECESIDADES DE LOS SERVICIOS.	MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS ENTREGADOS EN UN 100 %	DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	# DE MEDICAMENTOS DISPONIBLES / # DE MEDICAMENTOS SOLICITADOS x	ROJO: 0 - 69% de lo medicamentos entregados Amarillo: 70 - 89% de lo	MENSUAL
farmacia	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	realizar seguimiento a las fechas de vencimiento de los farmacos	rotación efectiva de los farmacos- 0 farmacos vencidos en el servicio de			rojo:0% verde: 100%	MENSUAL

Consulta externa general y apoyo dx	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Elaborar mapa de riesgos de gestión del proceso de consulta externa	1 mapa de riesgo de gestión	documento realizado	N° de documentos realizados/N° de documentos proyectados a realizar*100	rojo:0% verde: 100%	anual
Consulta externa general y apoyo dx	perspectiva servicios	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	SEGUIMIENTO A LA OPORTUNIDAD DE CITAS PARA PRESTAR EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	cumplimiento del 100% de actividades programadas	Oportunidad de la asignacion de citas en la consulta Externa	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el	Califique con (0), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado	mensual
Consulta externa general y apoyo dx	perspectiva servicios	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo Atención Primaria en Salud (APS), buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	HACER SEGUIMIENTO A LOS PACIENTES QUE PERTENECEN AL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR TENIENDO EN CUANTA QUE LA PRESION ARTERIAL DEBE ESTAR CONTROLADA	QUE EL 90% DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCUL	Proporcion de pacientes con Hipertension Arterial Controlada	Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión	Rojo: 0 - 60% pacientes presentan niveles de tensión arterial esperados.	mensual
Consulta externa general y apoyo dx	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Evaluar la productividad del servicio de consulta externa institucional	EL 90% de la productividad del servicio de consulta externa en el periodo de	% de productividad del servicio en el periodo	N° de usuarios atendidos en el período / N° de usuarios programados de acuerdo a la	ROJO: 0 - 59% AMARILLO: 60 - 79% VERDE: 80-100%	mensual
Consulta externa general y apoyo dx	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Evaluar la productividad del servicio de programa Enfermedades Crónicas No Transmisibles institucional	EL 90% de la productividad del programa Enfermedades Crónicas No Transmisibles (% de productividad del servicio en el periodo	N° de usuarios atendidos en el período / N° de usuarios programados de acuerdo a la	ROJO: 0 - 59% AMARILLO: 60 - 79% VERDE: 80-100%	mensual

Consulta externa general y apoyo dx	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Evaluar la productividad del servicio de nutrición institucional	EL 90% de la productividad del servicio de nutrición en el periodo de acuerdo a la	% de productividad del servicio en el periodo	N° de usuarios atendidos en el período / N° de usuarios programados de acuerdo a la	ROJO: 0 - 59% AMARILLO: 60 - 79% VERDE: 80-100%	mensual
Consulta externa general y apoyo dx	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Evaluar la productividad del servicio de psicología institucional	EL 90% de la productividad del servicio de psicología en el periodo de acuerdo a la	% de productividad del servicio en el periodo	N° de usuarios atendidos en el período / N° de usuarios programados de acuerdo a la	ROJO: 0 - 59% AMARILLO: 60 - 79% VERDE: 80-100%	mensual
Consulta externa general y apoyo dx	perspectiva financiera	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE en términos de la operación corriente y la operación total	Evaluar la productividad del servicio de terapia física institucional	EL 90% de la productividad del servicio de terapia física en el periodo de acuerdo a la	% de productividad del servicio en el periodo	N° de usuarios atendidos en el período / N° de usuarios programados de acuerdo a la	ROJO: 0 - 59% AMARILLO: 60 - 79% VERDE: 80-100%	mensual
Consulta externa general y apoyo dx	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	cumplimiento del envío del reporte descritas en la resolucion 2193	presentacion oportuna de la información del reporte en la resolucion 2193	oportunidad en el reporte de las actividades en 2193	# de informes repórtados de la res. 2193 en el período/ # total de informes a reportar*100	rojo: 0% . Verde 100%	mensual
Consulta externa general y apoyo dx	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	cumplimiento del envío del reporte descritas en la resolucion 2463 a las EPS	presentacion oportuna de la información del reporte en la resolucion 2463	oportunidad en el reporte de las actividades en 2463	# de informes repórtados de la res. 2463 en el período/ # total de informes a reportar*101	rojo: 0% . Verde 100%	mensual

Consulta externa general y apoyo dx	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Evaluación en porcentaje de adherencia a guía de hipertensión arterial.	Alcanzar el 90% de adherencia a guía de hipertensión arterial.	Evaluación de aplicación de Guía de manejo específica : Guía de Atención de enfermedad	Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación	>90 verde. <90 rojo	semestral
Gestión ambiental	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar jornadas de fumigación, identificación de madrigueras de plagas y colocación de sebos para evitar focos infecciosos en el Hospital.	A 31 de diciembre se habrán realizado cuatro actividades de control integral	No. de actividades de control integral de plagas realizadas	No. de actividades de control integral realizadas/No. Total de actividades de	Rojo: < 50% Amarillo: 51% - 89% Verde: 90 - 100%	cuatrimestral
Gestión ambiental	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar jornadas de fumigación y colocación de sebos para evitar focos infecciosos en el Hospital.	A 31 de diciembre se habrán realizado al menos tres jornadas de	Porcentaje de jornadas de control de plagas realizadas	No. de jornadas de control de plagas realizadas*100/3	Rojo: < 50% Amarillo: 51% - 66% Verde: 67 - 100%	Semestral
Gestión ambiental	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar jornadas de reinducción en Gestión Integral de Residuos para el personal que trabaja en el Hospital.	A 31 de diciembre se habrán realizado dos actividades de reinducción en	Porcentaje de actividades de reinducción realizadas	No. de actividades de reinducción en GIR realizadas*100/2	Rojo: 0 Amarillo: 1 Verde: 2	Semestral
Gestión ambiental	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar verificación trimestral del cumplimiento de la implementación del PGIRHS.	A 31 de diciembre se habrán realizado cuatro actividades de verificación de	Porcentaje de actividades de verificación realizadas	No. de actividades de verificación en seguimiento de la implementación	Rojo: 0 Amarillo: 1 Verde: 4	Semestral

Gestión ambiental	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Disminuir el consumo de papel en las actividades propias de Gestión Ambiental mediante el fortalecimiento de Carpetas Ambientales Digitales	Reducir un 50% del consumo de papel en las actividades de Gestión Ambiental	No. de resmas consumidas	No. de resmas consumidas	Rojo: 20 Amarillo: 10 Verde: 5	Semestral
Gestión ambiental	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Identificar los parámetros a evaluar en las aguas residuales del Hospital. Cotizar con laboratorios acreditados la caracterización de aguas residuales.	A 31 de diciembre se habrán realizado las caracterizaciones de aguas residuales	Porcentaje de Centros de Salud con caracterizaciones de aguas residuales	No. de Centros de Salud con caracterizaciones de aguas residuales realizadas*100/	Rojo: 0 Amarillo: 6 Verde: >6	Anual
Gestión ambiental	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar jornadas de sensibilización en uso racional del agua para el personal que trabaja en el Hospital y los usuarios.	A 31 de diciembre se habrán realizado dos actividades de sensibilización	Porcentaje de actividades de sensibilización realizadas	No. de actividades de sensibilización en uso racional del agua realizadas*100/	Rojo: <9 9 < Amarillo <12 Verde: >12	Semestral
Jurídica	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Representar judicialmente y administrativamente a la ESE ante los organismos de control.	90% de casos representados ante autoridades judiciales y los entes de	Porcentaje de casos representados judicialmente y administrativamente ante las	Número de casos judiciales y administrativos representados/total de casos	rojo: 0 - 50% amarillo: 51% - 89% verde: 90% - 100%	trimestral
Jurídica	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Responder los derechos de petición dentro de los terminos de ley.	90% de respuesta en los derechos de petición presentados.	Porcentaje de respuestas de los derechos de petición.	Numero de respuestas de derechos de petición/numeros de peticiones	rojo: 0 - 59% amarillo: 60% - 89% verde: 90% - 100%	mensual

Jurídica	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Implementacion de seguimiento y control al proceso de contratación en la ESE.	100% de contratos con el lleno de todos sus requisitos legales.	porcentaje de contratos con el lleno total de sus requisitos	numero de contratos con el lleno de todos sus requisitos legales/numero de contratos	rojo: 0 - 50% amarillo: 51% - 99% verde: 100%	trimestral
Jurídica	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Formulación de políticas y parametros sobre la viabilidad de las conciliaciones con el fin de prevenir el daño antijurídico	Politica de Prevencion del Daño antijuridico Formulada	Politica Adoptada	Numero de Politicas Adoptada	rojo: 0 % verde: 1= 100%	Anual
Jurídica	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	publicar la información requerida sobre transparencia y acceso a la información pública para contribuir a la política de gobierno en línea	Publicar el 100% dela documentación requerida en el enlace de transparencia y	Publicaciones enlace de transparencia y acceso a la información	Publicaciones realizadas/publi caciones requeridas según la ley de transparencia y	rojo: 0 - 50% amarillo: 51% - 99% verde: 100%	anual
Jurídica	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Ejercer el control Interno Disciplinario en la Entidad - Jornada de Sensibilizacion sobre el Control Interno Disciplinario	Realizar dos sesiones anuales de sensibilizacion al personal asistencial y	% de personal sensibilizado en Control Interno Disciplinario	N° de personal sensibilizados sobre el control interno disciplinario/Tot al de personal	rojo: 0 - 59% amarillo: 60% - 89% verde: 90% - 100%	anual
Jurídica	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Actualizar el Manual de Contratacion de la ESE	Manual de Contratacion Actualizado	Manual de Contratacion Actualizado	Numero de documentos actualizados/nu mero de documentos a actualizar	rojo:0% verde:1 =100%	Anual

Jurídica	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Generar un Reporte Mensual a la unidad Financiera sobre las demandas iniciadas en contra de la ESE y las archivadas	Informe mensual sobre las demandas Iniciadas en contra de la ESE y las archivadas	Informe Generado	numero de procesos reportados/numero de procesos relacionados en la base de	rojo: 0 - 59% amarillo: 60% - 89% verde: 90% - 100%	mensual
Jurídica	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar seguimiento al mapa de riesgo de Gestion y de Corrupcion de la Oficina Juridica. Mayo de 2017 Septiembre de 2017 Enero de 2018	seguimiento al mapa de riesgos de gestión y al mapa de riesgos de corrupción	Seguimiento al mapa de riesgos	N° de seguimientos realizados/N° de seguimientos a realizar*100	rojo:0% verde:1 -100%	cuatrimestral
Jurídica	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Reportar informacion de la Ejecucion Contractual de la entidad referente al cumplimiento de requisitos legales para contratar en la plataforma SIA mensual	Publicar el 100% de la contratacion suscrita mensualmente	Contratacion Publicada en SIA	Numero de contratos publicados/numero de contratos suscritos * 100	rojo: 0 - 50% amarillo: 51% - 99% verde: 100%	mensual
Jurídica	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Publicacion de Procesos Contractuales para la adquisicion Bienes y Servicios en el SECOP	Publicar el 100% de la contratacion suscrita mensualmente	Contratacion Publicada en SECOP	Numero de contratos publicados/numero de contratos suscritos * 100	rojo: 0 - 50% amarillo: 51% - 99% verde: 100%	mensual
Jurídica	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Segumiento al inventario de activos de información .	Seguimiento de Inventario	Informe de seguimiento al Inventario	Inventario Realizado	rojo: 0 % verde: 1= 100%	semestral

Jurídica	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar reuniones periodicas entre el personal jurídico y el personal de presupuesto para coordinar la ruta crítica del proceso de solicitud de CDP soportado con el Estudio previo y definir las funciones que afectan a	Ruta crítica del proceso de solicitud de CDP soportado con el Estudio previo	Avance de definición de acciones del proceso.	Numero de procesos adoptados/numero de procesos documentados* 100	rojo: 0 % verde: 1= 100%	Anual
Jurídica	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Reunion peeriodica del comité de conciliacion	cuatro reuniones anuales	Actas de reuniones	N° de reuniones realizadas/ No. de reuniones programadas	rojo: 0 - 50% amarillo: 51% - 99% verde: 100%	Anual
Jurídica	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Elaboracion y Ejecucion del Plan de Mejoramiento de la Gestion Juridica	Ejecutar el 100% de las actividades programadas en el Plan	Porcentaje de actividades ejecutadas	Numero de actividades ejecutadas /numero de actividades programadas en	rojo: 0 - 50% amarillo: 51% - 99% verde: 100%	Anual
Siau	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo de atención primaria en salud (APS) buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la Humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	APLICAR ENCUESTAS DE SATISFACCION AL USUARIO ATENDIDO EN LOS CENTROS DE SALUD	95% DE LAS ENCUESTAS PROGRAMADAS EN CENTROS DE SALUD	% DE ENCUESTAS REALIZADAS AL USUARIO DE LOS CENTROS DE SALUD	ENCUESTAS REALIZADAS/ DE ENCUESTAS PROGRAMADAS *100	Rojo: <69 Amarillo: 70% - 94% Verde: 95% - 100%	MENSUAL
Siau	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo de atención primaria en salud (APS) buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la Humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	ANÁLISIS DE DATOS OBTENIDOS DE LA APLICACIÓN DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	92% DE USUARIOS SATISFECHOS CON EL SERVICIO	% DE USUARIOS SATISFECHOS POR EL SERVICIO	USUARIOS SATISFECHOS / USUARIOS ENCUESTADOS	Rojo: <69 Amarillo: 70% - 89% Verde: 90%/100%	MENSUAL

Siau	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo de atención primaria en salud (APS) buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la Humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	REPORTAR INDICADOR DE SATISFACCIÓN DE RESOLUCIÓN 256	1 REPORTE LOS PRIMEROS 5 DÍAS DEL MES	1 reporte	REPORTE REALIZADO/REPORTE REQUERIDO	Rojo: <1 Verde: >1	MENSUAL
Siau	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo de atención primaria en salud (APS) buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la Humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	GESTIONAR LAS PQRS QUE EL USUARIO INTERPONE VIA TELEFONICA	100% DE LAS PQRS RESPONDIDAS VIA TELEFONICA	% DE RECLAMACIONES RESPONDIDAS	# PQR RESUELTAS/ TOTAL DE PQR	Rojo: <69 Amarillo: 70% - 99% Verde: 100%	MENSUAL
Siau	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo de atención primaria en salud (APS) buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la Humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	GESTIONAR A LAS PQRS QUE EL USUARIO INTERPONE VIA WEB	100% DE LAS PQRS RESPONDIDAS VIA WEB	% DE RECLAMACIONES RESPONDIDAS	# PQR RESUELTAS/ TOTAL DE PQR	Rojo: <69 Amarillo: 70% - 99% Verde: 100%	MENSUAL
Siau	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo de atención primaria en salud (APS) buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la Humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	GESTIONAR A LAS PQRS QUE EL USUARIO INTERPONE BUZON DE SUGERENCIAS	100% DE LAS PQRS RESPONDIDAS DEL BUZON DE SUGERENCIAS	% DE RECLAMACIONES RESPONDIDAS	# PQR RESUELTAS/ TOTAL DE PQR	Rojo: <69 Amarillo: 70% - 99% Verde: 100%	MENSUAL
Siau	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo de atención primaria en salud (APS) buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la Humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	GESTIONAR LAS PQRS QUE EL USUARIO INTERPONE ESCRITA EN NUESTRAS OFICINAS DE ATENCION AL USUARIO	100% DE LAS PQRS RESPONDIDAS EN FORMA ESCRITA EN NUESTRA	% DE RECLAMACIONES RESPONDIDAS	# PQR RESUELTAS/ TOTAL DE PQR	Rojo: <69 Amarillo: 70% - 99% Verde: 100%	MENSUAL

Siau	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo de atención primaria en salud (APS) buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la Humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	GESTIONAR LAS PQRS QUE EL USUARIO INTERPONE VERBALES EN NUESTRAS OFICINAS DE ATENCION AL USUARIO	100% DE LAS PQRS RESPONDIDAS EN FORMA VERBAL EN NUESTRA	% DE RECLAMACIONES RESPONDIDAS	# PQR RESUELTAS/ TOTAL DE PQR	Rojo: <69 Amarillo: 70% - 99% Verde: 100%	MENSUAL
Siau	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo de atención primaria en salud (APS) buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la Humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	CAPACITACIÓN A EQUIPO DE TRABAJO SOCIAL EN PROCESOS DEL ÁREA	100% De COLABORADORES de Atención al Usuario capacitados	%COLABORADORES CAPACITADOS EN PROCESOS SIAU	#COLABORADORES CAPACITADOS/# COLABORADORES	Rojo: <59 Amarillo: 60% - 73% Verde: >73%	anual
Siau	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo de atención primaria en salud (APS) buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la Humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	CAPACITACIÓN A EQUIPO DE ORIENTADORES EN PROCESOS DEL ÁREA	80% De COLABORADORES de Atención al Usuario capacitados	%COLABORADORES CAPACITADOS EN PROCESOS SIAU	#COLABORADORES CAPACITADOS/# COLABORADORES	Rojo: <59 Amarillo: 70% - 99% Verde: 100%	anual
Siau	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo de atención primaria en salud (APS) buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la Humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	SEGUIMIENTO A LA ADHERENCIA A LOS PROCESOS Y MANUALES DE ATENCIÓN AL USUARIO A TRABAJO SOCIAL	1 ACTA DE SEGUIMIENTO POR CADA TRABAJADORA SOCIAL	%COLABORADORES EVALUADOS EN PROCESOS SIAU	#ACTAS DE SEGUIMIENTO/# TRABAJADORA SOCIAL	Rojo: <69 Amarillo: 70% - 99% Verde: 100%	anual
Siau	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo de atención primaria en salud (APS) buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la Humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	CAPACITACIÓN A USUARIOS EN SALA EN PROCESOS DEL ÁREA	5%Usuarios del hospital capacitados en los SSSS	% de Usuarios capacitados en sala	#usuarios capacitados/#de usuarios atendidos *100	Rojo: <69 Amarillo: 70% - 99% Verde: 100%	MENSUAL

Siau	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo de atención primaria en salud (APS) buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la Humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	REALIZAR CAPACITACIONES A CLIENTE INTERNO EN HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD	70% DE COLABORADORES CAPACITADOS EN POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN	%COLABORADORES CAPACITADOS EN HUMANIZACIÓN DE LOS	#COLABORADORES CAPACITADOS/# COLABORADORES	Rojo: <40 Amarillo: 41% - 60% Verde: 61%-70%	anual
Siau	PERSPECTIVA SERVICIOS	Liderar a nivel departamental la aplicación del modelo de atención primaria en salud (APS) buscando un equilibrio entre la seguridad del paciente y la Humanización de los servicios de salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana	DIVULGAR ANTE LA COMUNIDAD EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS DEL HOSPITAL	REALIZAR 1 PRESENTACIÓN ANTE LA COMUNIDAD DEL PORTAFOLIO DE	NÚMERO DE PRESTACIONES REALIZADAS	#PRESENTACIONES REALIZADAS/#PRESENTACIONES PROGRAMADAS	Rojo:0 Verde: 1	ANUAL
Siau	PERSPECTIVA PROCESOS	•Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	2 Publicaciones actualizadas en página web y carteleras al año DE COMPORTAMIENTO DE pqrscd	publicar en página web y carteleras en los Centros el comportamiento de PQRS	Número de informes	#de informes/SEMESTRE	Rojo: 0 Verde:1	SEMESTRAL
Siau	PERSPECTIVA PROCESOS	•Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar un despliegue del protocolo de atención preferencial en los Centros de la ESE donde se socialicen los procedimientos para la atención de las personas sujetas a protección especial	1 Socialización por Centro de Salud	9 SOCIALIZACIONES REALIZADAS	#DE SOCIALIZACIONES/#DE CENTROS	Rojo: <5 Amarillo:5-6 verde:>6	ANUAL
Siau			Hacer 1 Jornadas lúdicas de recepción de opiniones en Cada Centro de Atención-Redes sociales	1 Jornada en cada Centro	9 JORNADAS REALIZADAS	#DE jornadas/#DE CENTROS	Rojo: <5 Amarillo:5-6 verde:>6	ANUAL

Siau	PERSPECTIVA PROCESOS	•Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar Informe de las Jornadas Lúdicas de recepción de opinión	1 informe	1 DOCUMENTOS	DOCUMENTO REALIZADO/DOCUMENTO PROYECTADO	Rojo:0 Verde: 1	ANUAL
Siau	PERSPECTIVA PROCESOS	•Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Hacer despliegue en página web del link de PQRSD	3 publicaciones	3 DESPLIEGUES EN PÁGINA WEB DEL LINK	# DE PUBLICACIONES /3PUBLICACIONES PLANEADAS	Rojo: 0 Amarillo:1-2 Verde:3	CUATRIMESTRAL
Siau	PERSPECTIVA PROCESOS	•Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar planes de mejoramientos en los tópicos identificados por las quejas mas frecuentes	3 planes de mejoramiento, 1 por cuatrimestre a evaluar	3 planes de mejoramiento anuales	#planes de mejoramientos realizados/números de planes de mejoramiento	Rojo: 0 Amarillo:1-2 Verde:3	CUATRIMESTRAL
Siau	PERSPECTIVA PROCESOS	•Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Hacer seguimiento a planes de mejoramientos de los hallazgos encontrados por el área	2 seguimientos	1 Evaluación	#evaluaciones	Rojo: 0 Verde:1	SEMESTRAL
Siau	PERSPECTIVA PROCESOS	•Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar rondas de Humanización en los Centros	Cronogramas y actas de Humanización	1 Ronda por Centro trimestralmente	#Rondas realizadas/#centros de salud	Rojo: <5 Amarillo:5-6 verde:>6	TRIMESTRAL

Siau	PERSPECTIVA PROCESOS	•Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Aplicar, Analizar, y retroalimentación de Encuesta de Satisfacción del Servicio y socializar los resultados a Gerencia, subgerencia y Coordinadores de los Centros	1 Informe semestral de resultados de las Encuestas Satisfacción del Servicio	2 Informes Anuales	#informes realizados/#informes proyectados	Rojo: <1 Amarillo: 1 Verde: >1	SEMESTRAL
siau	PERSPECTIVA PROCESOS	•Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Rediseñar formatos de Registro	2 Formatos rediseñados	2 Formatos	#formatos rediseñados/#formatos planeados	Rojo: 0 Verde:1	anual
siau	PERSPECTIVA PROCESOS	•Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar seguimiento de las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución,	Seguimiento a las solicitudes de información	Documento Elaborado	Documento Elaborado	Rojo: 0 Verde:1	SEMESTRAL
JURDICA	PERSPECTIVA PROCESOS	•Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar seguimiento de las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución,	Seguimiento a las solicitudes de información	Documento Elaborado	Documento Elaborado	Rojo: 0 Verde:1	SEMESTRAL
TIC	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Elaborar mapa de riesgos de gestión del proceso TIC	1 mapa de riesgo de gestión	documento realizado	N° de documentos realizados/N° de documentos proyectados a realizar*100	rojo:0% verde: 100%	anual

TIC	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	Realizar mantenimiento preventivo de los equipos de computo en los centros de salud del Hospital	Realizar mantenimiento preventivo a 220 equipos de computo	Número de equipos de computo a los cuales se le realiza mantenimiento.	número de equipos de computo a los que se realiza mantenimiento / número de	Rojo:0% - 79% Verde: Mayor o igual a 80%	Trimestral
TIC	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	Adquision de equipos de computo	Adquirir 50 equipos de computos	Numero de equipos informaticos adquiridos	Numero de equipos informáticos adquiridos / numero de equipos totales	rojo: 0% - 24% verde:25%	anual
TIC	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	Adquision de impresoras	Adquirir 20 impresoras	Numero de impresoras adquiridos	numero de impresoras adquridas / numero de impresoras totales * 100	rojo: 0 - 69% verde: mayor o igual 70%	anual
TIC	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	Implementar PETIC	Implementar la estrategia de gobierno en linea	Número de requerimiento de gobierno en línea	Requerimientos desarrollados/N o Requerimientos de gobierno en línea * 100	rojo: 0% - 24% verde:25%	anual
TIC	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	Adquirir licencias de antivirus para los equipos de computos	Adquirir 250 licencias de antivirus	Numero de licencias adquiridas	número de licencias adquiridas / numero totales de licencias *100	rojo: 0% - 99% verde:100%	anual

TIC	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	Implementar la estrategia de gobierno en linea	Implementar la estrategia de gobierno en linea	Número de requerimiento de gobierno en línea	Requerimientos desarrollados/No o Requerimientos de gobierno en línea * 100	rojo: 0% - 24% verde:25%	anual
TIC	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	Implementar servidor de correo de mayor rapidez, en los envios interno, mayor seguridad, sin limitaciones (tamaño, velocidad de transferencia),	Implementar Servidor de Correo Local	Implementacion del servidor de correo	No. De actividades realizadas / No. Total de actividades proyectadas*10	rojo: 0% - 99% verde:100%	anual
TIC	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	Dar soporte mensual en las actividades relacionadas con los informes de promoción y prevención, Consulta Externa, Urgencias, Resolución 4505, Resolucion 256, Asesorias	Dar soporte mensual en las actividades de Subgerencia Cientifica	No de informe entregado x eps	No. De actividades realizadas / No. Total de actividades	rojo: 0% - 99% verde:100%	mensual
TIC	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	Adquisición de Hosting	Adquisición de nuevo hosting para pagina web de la institución	No de actividades programadas	No. Hosting adquiridos / total de hostings	rojo: 0% - 99% verde:100%	anual
TIC	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	Actualización de sistema de telefonía IP.	actualización de sistema de telefonía IP.	No de actividades programadas		rojo: 0% - 49% verde:50%	anual

TIC	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	Mantenimiento de las torres	Realizar mantenimientos de las torres	Mantenimientos de 9 torres autosoportadas	No de Mantenimientos realizados/ No. Total de torres	rojo: 0% - 99% verde:100%	anual
TIC	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	Adquisición de licencias Windows	Adquisición de 177 licencias Windows	No. De licencias de windows	No. De actividades realizadas / No. Total de actividades	rojo: 0% - 24 verde:25%	anual
TIC	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	Adquisición de licencias Office	Adquisición de licencias Office	No. De licencias de Office	No. De actividades realizadas / No. Total de actividades	rojo: 0% - 9% verde:10%	anual
TIC	Perspectiva sistema de información, crecimiento del recurso humano,	Contribuir al logro de la vision institucional a través de la moderanización de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estrategias de innovación y capacitación a nuestros de colaboradores.	Implementación de seguridad perimetral - firewall	Implementación de seguridad perimetral - firewall	No de actividades programadas	No. De actividades realizadas / No. Total de actividades	rojo: 0% - 99% verde:100%	anual
TIC	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Cumplir con las acciones proyectadas en el mapa de riesgo de gestión para evitar la materialización de los riesgos asociados al proceso TIC	Cumplir con el 100% de las actividades programadas	Cumplimiento mapa de riesgos de gestión	N° de actividades programadas/N° de actividades proyectadas*100	rojo: 0% - 99% verde:100%	cuatrimestral

TIC	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Cumplir con las acciones proyectadas en el mapa de riesgo de corrupción para evitar la materialización de los riesgos asociados al proceso TIC	Cumplir con el 100% de las actividades programadas	Cumplimiento mapa de riesgos de corrupción	N° de actividades programadas/N° de actividades proyectadas*100	rojo: 0% - 99% verde:100%	cuatrimestral
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Auditar mensualmente la muestra representativa de historias clinicas del programa de Hipertension Arterial	100% de historias clinicas auditadas	% de historias clinica auditadas.	historias clinicas auditadas/# total de la muestra representativa	Rojo: 0% - 84% Amarillo: 85% - 99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Realizar informe mensual de resultados y planes de mejora en relacion a la adherencia de la guia del programa de Hipertension Arterial	100% de informes realizados	% de informes realizados.	# de informes realizados/ total de informes programados.	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Socializar el informe de resultados y planes de mejora en relacion a la adherencia de la guia del programa de Hipertension Arterial	Socializar el 100% del informe y planes de mejora.	% de socializaciones	#de socializaciones realizadas/total de socializaciones programadas	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Auditar mensualmente la muestra representativa de historias clinicas adherida a las guia del programa de crecimiento y desarrollo.	100% de historias clinicas auditadas	% de historias clinica auditadas.	historias clinicas auditadas/# total de la muestra representativa	Rojo: 0% - 84% Amarillo: 85% - 99% Verde: 100%	MENSUAL

Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Realizar informe mensual de resultados y planes de mejora en relacion a la adherencia de la guia del programa de crecimiento y desarrollo.	100% de informes realizados	% de informes realizados.	# de informes realizados/ total de informes programados.	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Socializar el informe de resultados y planes de mejora en relacion a la adherencia de la guia del programa de crecimiento y desarrollo.	Socializar el 100% del informe y planes de mejora.	% de socializaciones .	#de socializaciones realizadas/total de socializaciones programadas	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Auditar mensualmente la muestra representativa de historias clinicas adherida a las guia del servicio de urgencias	100% de historias clinicas auditadas	% de historias clinica auditadas.	historias clinicas auditadas/# total de la muestra renrepresentativa	Rojo: 0% - 84% Amarillo: 85% - 99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Realizar informe mensual de resultados y planes de mejora en relacion a la adherencia de las guias de Morbilidad de urgencias.	100% de informes realizados	% de informes realizados.	# de informes realizados/ total de informes programados.	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Socializar el informe de resultados y planes de mejora en relacion a la adherencia de la guias de Morbilidad de urgencias.	Socializar el 100% del informe y planes de mejora.	% de socializaciones .	#de socializaciones realizadas/total de socializaciones programadas	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL

Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Auditar mensualmente la muestra representativa de historias clinicas adheridas a las guias de los programas de P Y P (P/F, C.A CERVIX, GESTANTES, ADULTO JOVEN Y MAYOR)	100% de historias clinicas auditadas	% de historias clinica auditadas.	historias clinicas auditadas/# total de la muestra representativa	Rojo: 0% - 84% Amarillo: 85% - 99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Realizar informe mensual de resultados y planes de mejora en relacion a la adherencia de la guias de los programas de P Y P (P/F, C.A CERVIX, GESTANTES, ADULTO JOVEN Y MAYOR)	100% de informes realizados	% de informes realizados.	# de informes realizados/ total de informes programados.	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Socializar el informe de resultados y planes de mejora en relacion a la adherencia de las guias de los programas de P Y P (P/F, C.A CERVIX, GESTANTES, ADULTO JOVEN Y MAYOR)	Socializar el 100% del informe y planes de mejora.	% de socializaciones	#de socializaciones realizadas/total de socializaciones programadas	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Comité de Historias Clinicas	100% de realizacion de Comité	Desarrollo de Comites	No de Comites Realizar / No Total de Comites a Realizar	Rojo: <99% Verde: 100%	TRIMESTRAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Auditar mensualmente los reingresos reportados en la urgencia	100% de historias clinicas auditadas	% de historias clinica auditadas.	historias clinicas auditadas/# total de Historias de reingresos	Rojo: 0% - 84% Amarillo: 85% - 99% Verde: 100%	MENSUAL

Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Realizar informe mensual de resultados y recomendaciones en relacion a los hallazgos detectados en la auditoria	100% de informes realizados	% de informes realizados.	No de informes realizados/ total de reingresos reportados	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Socializar el informe de resultados de Auditoria a los reingresos y recomendaciones	Socializar el 100% del informe y planes de mejora.	% de socializaciones	No de socializaciones realizadas/total de socializaciones a realizar	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Generar reporte de reingresos entre 24 y de 72 horas	Esatblecer 100 % de Reingresos antes de 72 Horas	% de reingresos Entre 24 y 72 Horas	No de consultas en urgencias , por el mismo diagnostico y el mismo	Rojo: > 0,03% Verde: <0,03 %	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento.	Evaluar el 100% del cumplimiento de los planes de mejora	% de cumplimiento.	No de planes de mejora que cumplen / total de planes de mejora socializados	Rojo: 0% - 89% Amarillo: 90% - 99% Verde: 100%	TRIMESTRAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Verficacion de Actividades ejecutadas de PAMEC en las diferentes areas del ciclo anterior	100% de Actividades de PAMEC Verificadas	% de actividades verificadas	No total de Actividades Verificadas / No Total de Actividaes a Verificar	Rojo: 0% - 89% Amarillo: 90-95% Verde: 96% - 100%	ANUAL

Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Generacion de Resultados de Actividaes Ejecutadas del PAMEC del ciclo Anterior año 2017	90% de Cumplimiento de Actividades de PAMEC	% de cumplimiento de Acciones de Mejoramiento	N. de Acciones de Mejora ejecutadas derivadas de las Auditorias/Tot	Rojo: 0% - 84% Amarillo: 85% - 99% Verde: 100%	ANUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Aprendizaje organizacional de Ciclo 2017	Evaluar el 100% del cumplimiento de Procesos estandarizados	% Procesos Estandarizados	Total de Actividades Estandarizadas / Total de Actividades Programadas	Rojo: 0% - 89% Amarillo: 90-95% Verde: 96% - 100%	ANUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Cierre de Ciclo de PAMEC año 2017	Certificacion de cierre de ciclo y cumplimiento de PAMEC	No total de actas Generadas de cierre de Cliclo	No total de certificaciones generadas para cierre / No total de certificaciones	Rojo: <99% Verde: 100%	ANUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Socializacion de Resultados Obtenidos en Pamec 2017	Socializar el 100% del informe de Cumplimiento de PAMEC 2016	% de socializacion de Resultados de evaluacion pamec 2016	Total de socializaciones realizadas/ Total de socializaciones programadas	Rojo:0% - 89% amarillo: 90% - 99% Verde: 100%	ANUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Autoevaluación de Resolución 123, Estándares de Acreditación	100% de Estandares de acreditacion de autoevaluados	% de criterios evaluados	Total de Criterios Evaluados / No Total de Criterios a Evaluar	Rojo: 0% - 89% Amarillo: 90-95% Verde: 96% - 100%	ANUAL

Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Autoevaluar el cumplimiento de las actividades de planes de Mejoramiento establecidas en el PAMEC Insitucional para cierre de Ciclo	1,20 de calificacion	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con	Calificación obtenida en la vigencia evaluada	Rojo: <1,00 =25% Amarillo: : 1,1 - 1,19 =50% Verde: mayor o igual a 1 20	ANUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Selección y Priorizacion de Procesos	100% de Actividades de ruta Criticas ejecutadas	% de Actividades Ejecutadas	Total de Actividades de Ruta Critica a ejecutar/ Total Actividades de	Rojo: 0% - 89% Amarillo: 90-95% Verde: 96% - 100%	ANUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Definicion Calidad Esperada y Me	100% de Actividades de ruta Criticas ejecutadas	% de Actividades Ejecutadas	Total de Actividades de Ruta Critica a ejecutar/ Total Actividades de	Rojo: 0% - 89% Amarillo: 90-95% Verde: 96% - 100%	ANUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Formulacion de Plan de Auditoria y Mejoramiento de la calidad 2017	Formulacion de planes de mejoramiento para el año 2017	No total de planes de mejora Formulados	Total planes de mejoramiento formulados / Total planes de	Rojo: 0 - 6 Verde: mayor o igual a 8	ANUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Socializacion de Actividades Proyectadas a Ejecutar del PAMEC en las diferentes areas 2018	Socializar el 100% de Planes de Mejora 2017	% de socializacion de Resultados de evaluacion pamec ciclo 2017	Total de socializaciones realizadas/ Total de socializaciones programadas	Rojo:0% - 89% amarillo: 90% - 99% Verde: 100%	ANUAL

Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Mesas de trabajo acompañamiento ejecución de PAMEC	Reuniones de acompañamiento ejecución de PAMEC	% de Reuniones o mesas de trabajo seguimiento ejecución de	Total de Reuniones realizadas/Total de Reuniones programadas	Rojo:0% - 89% amarillo: 90% - 99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Seguimiento a ejecución de actividades mensuales	Seguimiento del 100% de las actividades	Proporción de actividades evaluadas	Actividades a revisadas / Actividades a revisar	Rojo: 0% - 84% Amarillo: 85% - 99% Verde: 100%	BIMENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Autoevaluación y renovación habilitación de las Diferentes sedes ante Secretaria de Salud Departamental	100% de autoevaluaciones realizadas	% de Autoevaluación y renovaciones generadas	No total de Autoevaluación y renovaciones generadas/ No total de	Rojo: <99% Verde: 100%	ANUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Auditoria Interna de Autoevaluación del cumplimiento en las condiciones de habilitación en base a la Resolución 2003 de 2014	100% de visitas de autoevaluaciones realizadas	% de visitas de autoevaluaciones realizadas o ejecutadas	No total de vistas realizadas / No total de vistas programadas	Rojo: <99% Verde: 100%	ANUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Generación de Informe de cumplimiento de Condiciones de Habilitación	100% de informes de cumplimiento de condiciones de habilitación	% de informes de cumplimiento en habilitación	No de Informes de cumplimiento de habilitación generados / No de	Rojo: <99% Verde: 100%	ANUAL

Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Socializacion de los hallazgos encontrados en la autoevaluacion en base a la Resolucion 2003 del 2014	100% de socializaciones a realizar	% de socializaciones ejecutadas	No total de socializaciones realizadas / No total de socializaciones programadas	Rojo: <99% Verde: 100%	ANUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Generacion y Consolidacion de Acciones de mejoramiento del estándares con base a la Resolución 2003 de 2014 Ciclo PHVA	100% de Acciones de Mejoramiento a realizados	% de Acciones de mejoramiento ejecutados	No total de Planes de mejoramiento realizados / No total de planes de	Rojo: <99% Verde: 100%	TRIMESTRAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Visitas de seguimiento a los planes de mejoramiento a los hallazgos encontrados en la autoevaluacion en base a la Resolucion 2003 de 2014	100% de las visitas de seguimiento a los planes de mejoramiento a realizar	% de las visitas de seguimiento a los planes de mejoramiento realizados	No total de vistas de seguimiento realizados / No total de visitas de	Rojo: <99% Verde: 100%	ANUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Acompañamiento en Auditorias externas cuando se requiera	100% de auditorias externas recibidas	% de auditorias externas recibidas	No total de auditorias recibidas / No total de auditorias externas	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Socializacion de Hallazgos de Auditorias Externas	100% de Planes de Mejoramiento a realizados	% de planes de mejoramiento proyectados y socializados	No total de socializaciones realizadas / No total de socializaciones programadas	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL

Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Visitas de seguimiento a los planes de mejoramiento a Auditorias Externas	100% de las visitas de seguimiento a los planes de mejoramiento a realizar	% de las visitas de seguimiento a los planes de mejoramiento realizados	No total de vistas de seguimiento realizados / No total de visitas de	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Círculos de Calidad	100% de Circulos de Calidad	% de Circulos de Calidad	No total de Circulos de Calidad Realizados / No total de Circulos de	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Socializacion de Hallazgos de Auditorias Internas/Circulos de calidad	100% de Planes de Mejoramiento a realizados	% de planes de mejoramiento proyectados y socializados	No total de socializaciones realizadas / No total de socializaciones programadas	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Visitas de seguimiento a los planes de mejoramiento a Auditorias Internas	100% de las visitas de seguimiento a los planes de mejoramiento a realizar	% de las visitas de seguimiento a los planes de mejoramiento realizados	No total de vistas de seguimiento realizados / No total de visitas de	Rojo: <99% Verde: 100%	TRIMESTRAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Soliciitud de Planes de Mejoramiento	100% de solicitud de planes de mejoramiento	% de Planes de Mejoramiento	No de Planes de Mejoramiento s solicitados/Planes de	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL

Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Auditoria y seguimiento a entidades subcontratas para apoyo en la prestación de servicios	100% de visitas realizadas	% de visitas realizadas o ejecutadas	No total de vistas realizadas / No total de vistas programadas	Rojo: <99% Verde: 100%	SEMESTRAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Generacion de Informe de cumplimiento de Condiciones de Habilitacion entidades subcontratadas para apoyo en la prestación de servicios	100% de informes de cumplimiento de condiciones de habilitacion	% de informes de cumplimiento en habilitacion	No de Informes de cumplimiento de habilitacion generados / No de	Rojo: <99% Verde: 100%	SEMESTRAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Socialización de los hallazgos encontrados en la autoevaluación en base a la Resolución 2003 del 2014 de entidades subcontratadas	100% de socializaciones a realizar	% de socializaciones ejecutadas	No total de socializaciones realizadas / No total de socializaciones programadas	Rojo: <99% Verde: 100%	SEMESTRAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Reporte de Novedades de Servicios	100% de Novedades registradas	% de Novedades registradas	No total de Novedades a registradas(No de Novedades a registrar	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Comité de Seguridad del Paciente	100% de realizacion de Comité	Desarrollo de Comites	No de Comites Realizar / No Total de Comites a Realizar	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL

Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Evaluacion de Buenas Practicas del programa de seguridad del paciente	100 % de cumplimiento de	% de cumplimiento en el programa de seguridad del paciente	No total de criterios evaluados /total criterios del programa de seguridad	Rojo: 0% - 84% Amarillo: 85% - 99% Verde: 100%	SEMESTRAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Generacion de Informe de cumplimiento de Buenas Programa de Seguridad del paciente	100% de informes de cumplimiento evaluacion del programa de seguridad del	% de informes de cumplimiento del programa de seguridad del paciente	No de Informes generados / No de informes a generar	Rojo: <99% Verde: 100%	SEMESTRAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Elaboracion del plan de acciones correctivas, preventivas o de mejora en el programa de seguridad del paciente	100% de Planes de Mejoramiento a realizados	% de Planes de mejoramiento ejecutados	No total de Planes de mejoramiento realizados / No total de planes de	Rojo: <99% Verde: 100%	SEMESTRAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Socializar el informe de resultados y planes de mejora	Socializar el 100% del informe y planes de mejora.	% de socializaciones	No de socializaciones realizadas/total de socializaciones a realizar	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento del programa	Evaluar el 100% del cumplimiento de los planes de mejora	% de cumplimiento de Acciones de Mejoramiento	No de planes de mejora que cumplen / total de planes de mejoramiento	Rojo: 0% - 84% Amarillo: 85% - 99% Verde: 100%	TRIMESTRAL

Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Ajustes y Reativación del programa de seguridad del paciente que se requieran	Aprobación de ajustes al programa de seguridad del paciente	No total de documentos levantados en el programa de seguridad del paciente	Total de documentación de: procedimientos, manuales, guías e	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Capacitar al personal de la ESE en políticas de seguridad del paciente	100% de capacitaciones	% de capacitaciones realizadas	No. Total de capacitaciones realizadas / No total de capacitaciones programadas	Rojo:<80% Amarillo: 81%-90% Verde: 91%-100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Conformación o reestructuración de grupos de Seguridad del paciente en los diferentes centros de la ESE año 2018	100% de grupos creados	% de grupos conformados	No total de grupos conformados / No total de grupos planeados a	Rojo: 0% - 84% Amarillo: 85% - 99% Verde: 100%	ANUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Mesas de trabajo con grupos de seguridad del paciente en los diferentes centros	Reuniones de seguridad del paciente centros de salud	% de Reuniones o mesas de trabajo programa de seguridad del	Total de Reuniones realizadas/Tot al de Reuniones programadas	Rojo:0% - 89% amarillo: 90% - 99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Rondas de Seguridad del paciente para Seguimiento a la implementación del programa	100% de rondas de seguridad del paciente programadas	% de rondas de seguridad del paciente realizadas	No total de rondas realizadas / No total de rondas programadas	Rojo: 0% - 84% Amarillo: 85% - 99% Verde: 100%	MENSUAL

Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Generacion de Informes de Rondas de Seguridad	100% de informes de Seguridad del paciente	% de informe de Actividades de las rondas de seguridad	No de Informes ejecutados / No de informes a ejecutar	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Seguimiento a reporte de incidentes y eventos adversos.	100% de eventos adversos reportados	% de eventos o incidentes adversos reportados	No. Total de eventos adversos ocurridos/ No. De eventos adversos	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Analisis de Incidentes y /o eventos Reportados	100% de Eventos Analizados	Analisis de Eventos Adversos	eventos adversos Analizados /Total de eventos adversos	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Realizar informe mensual de resultados y planes de accion en relacion a los eventos reportados	100% de informes realizados	% de informes realizados.	No de Informes generados / No de informes a generar	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Socializar el informe de resultados y planes de accion	Socializar el 100% del informe y planes de mejora.	% de socializaciones	No de socializaciones realizadas/total de socializaciones a realizar	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL

Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento de eventos adversos	Evaluar el 100% del cumplimiento de los planes de mejora	% de cumplimiento de Acciones de Mejoramiento	No de planes de mejora que cumplen / total de planes de mejoramiento	Rojo: 0% - 84% Amarillo: 85% - 99% Verde: 100%	TRIMESTRAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Medición de adherencia a listas de chequeo de buenas practicas de seguridad del paciente	100% de evaluaciones de listas de chequeo	% Listas de Chequeo evaluadas	No de listas de Chequeo a evaluar/ No de Listas de Chequeo evaluadas	Rojo: <99% Verde: 100%	SEMESTRAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Generacion de Informes de adherencia a listas de chequeo de seguridad del paciente	100% de informes de adherencia a listas de chequeo Seguridad del	% de informe de adherencia a listas de chequeo	No de Informes elaborados / No de Informes a elaborar	Rojo: <99% Verde: 100%	SEMESTRAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Ajustes a matriz de riesgos por servicio y construccion de indicadores del programa	Ajustes y Construccion del 100% de indicadores de riesgo y del programa	% de ajustes de indicadores	No de indicadores proyectados/ No de indicadores a proyectar	Rojo: <99% Verde: 100%	ANUAL
Auditoria y calidad	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	Generacion de informes de Seguimiento a indicadores del Programa y de los servicios	100% informes de seguimiento de indicadores del programa	% de Informes de seguimiento a indicadores del programa y de los servicios	No de Informes generados / No de informes a generar	Rojo: <99% Verde: 100%	MENSUAL

Auditoria y calidad	Tecnología e innovación, sistema de la información, crecimiento y desarrollo de	Contribuir al logro de la vision institucional a través de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estragias de innovación y capacitación a nuestro de colaboradores.	Revision y validacion de Indicadores reportados	Revisar 100 % los indicadores de circular Unica reportados	Oportunidad de validacion de inidcadores de circular unica	No de Dias transcurridos asignados para la validacion de los indicadores	Rojo:3 =33% Amarillo:2 =50% Verde:1 =100%	MENSUAL
Auditoria y calidad	Tecnología e innovación, sistema de la información, crecimiento y desarrollo de	Contribuir al logro de la vision institucional a través de los servicios de tecnología, comunicación y estadísticas, por medio de estragias de innovación y capacitación a nuestro de colaboradores.	Envio de Indicadores a EPS	Reporte de 100% indicadores 5 primeros dias	Reporte Oportuno de Indicadores Circular Unica	No de Dias transcurridos para la entrega de los indicadores	Rojo:> de 5 =0% Verde: 5 =100%	MENSUAL
Control interno	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	realizar cronograma de auditoria anual	cronograma de auditoria anual	un cornograma de auditoria anual	# de Visitas Realizadas/ Total de visitas Programadas	Rojo:<80% Amarillo: 81%-90% Verde: 91%-100%	anual
Control interno	perspectiva procesos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital	seguimiento a los Planes de Mejoramiento	Planes de mejoramiento revisados	% de Planes de Mejoramiento Revisados	# de Planes de Mejoramiento a Revisar/ # de Planes de Mejoramiento Programados	Rojo:<80% Amarillo: 81%-90% Verde: 91%-100%	MENSUAL
Control interno	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	seguimiento a PQRSD	Evaluacion de la gestion PQRSD-F	Informe de seguimiento semestral	No. De informes elaborados y publicados / No. Total de informes	Rojo: 0 Verde:1	Semestral

Control interno	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Elaboración de informe pormenorizado del área de control interno	elaboración de informe pormenorizado	Informe de seguimiento semestral	No. De informes elaborados y publicados / No. Total de informes	Rojo: 0 Verde:1	CUATRIMESTRAL
Control interno	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Seguimiento al envío oportuno de los informes obligatorios en los términos estipulados por ley.	Envío exitoso de todos los informes enviados	Oportunidad en el envío de los reportes	No de reportes enviados oportunamente / No total de reportes obligados a	Rojo:0-60 Amarillo:61-99 Verde:100	bimensual
Control interno	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	realizar seguimiento a las acciones de mapas de riesgos procesos	3 seguimiento a los mapas de riesgo	Control eficiente mapas de riesgos	No de acciones realizadas / No de acciones programadas	Rojo:0-60 Amarillo:61-99 Verde:100	cuatrimestral
Consulta externa general y apoyo dx	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Cumplir con las acciones proyectadas en el mapa de riesgo de gestión para evitar la materialización de los riesgos asociados al proceso de consulta externa general	Cumplir con el 100% de las actividades programadas	Cumplimiento mapa de riesgos de gestión	N° de actividades programadas/N° de actividades proyectadas*100	rojo: 0% - 99% verde:100%	cutrimestral
Apoyo logístico	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Seguimiento al número de llamadas recibidas, efectivas en el call center	aumento de recepción de llamadas	aumento de recepción de llamadas	aumento de recepción de llamadas	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	mensual

RECURSO FISICO	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar Mantenimiento Correctivo de techo de odontología de la sede villa estadio	Techo del area de odontología adecuada y uniforme	100% de cumplimiento de adecuaciones realizadas	# de adecuaciones proyectas/ # de adecuaciones realizadas	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	anual
RECURSO FISICO	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Separar y Adecuar area de almacenamiento de residuos y Area de Aseo del centro de salud maclovia exclusivas para cada una	Areas exclusivas y restringidas para residuos y aseo	100% de cumplimiento a adecuaciones requeridas por la norma	# de adecuaciones proyectas/ # de adecuaciones realizadas	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	anual
RECURSO FISICO	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Instalar en Baño de pacientes centro de salud maclovia Niebles con rejilla en orificio de desague	Baño con adecuaciones requeridas	100% de cumplimiento a las adecuaciones requeridas	# de adecuaciones proyectas/ # de adecuaciones realizadas	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	anual
RECURSO FISICO	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Adquirir loker o estanteria para almacenar bolsas de residuos en el centro de salud el parque	contar con locker para almacenamiento de bolsa y demas insumos para la	100% de cumplimiento a las adecuaciones requeridas	# de adecuaciones proyectas/ # de adecuaciones realizadas	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	anual
RECURSO FISICO	perspectiva procesos internos	Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.	Realizar Mantenimiento Correctivo de locker de la sede manuela beltran	Locker para almacenamiento de bolsas de residuos en optimas condiciones	Cumplimiento del mantenimiento correctivo	# de adecuaciones proyectas/ # de adecuaciones realizadas	Rojo: < 75% Amarillo: 76% - 89% Verde: 90% - 100%	anual