

PLAN OPERATIVO ANUAL 2023

ESE Hospital Local Ismael Roldán Valencia de Quibdó

OSIRIS DEL CARMEN CASAS MENA
Gerente



Quibdó, 2023

CONTENIDO

| | | |
|------|--------------------------------|---|
| 1. | PRESENTACIÓN | 3 |
| 2. | PLATAFORMA ESTRATÉGICA..... | 4 |
| 2.1. | MISIÓN..... | 4 |
| 2.2. | VISIÓN | 4 |
| 2.3. | POLÍTICA DE CALIDAD | 4 |
| 2.4. | OBJETIVOS CORPORATIVOS | 5 |
| 2.5. | ORGANIGRAMA | 6 |
| 2.6. | MAPA DE PROCESOS | 6 |
| 3. | PLAN OPERATIVO ANUAL 2023..... | 7 |
| 3.1. | LINEAS ESTRATÉGICAS | 7 |

1. PRESENTACIÓN

El Decreto 1876 del 3 de agosto de 1994 en su artículo 24, establece que Las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo de conformidad con la ley y sus reglamentos, al igual que la Resolución No 710 de 2012 en su anexo No 1 que establece que el plan de gestión debe ser coherente con el plan de desarrollo y exigible su aprobación por parte de la Junta Directiva.

De acuerdo con lo establecido en el Artículo Tercero del Decreto 115 de 1996, por el cual se establecen normas sobre la elaboración, conformación y ejecución de los presupuestos de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado y de las Sociedades de Economía Mixta sujetas al régimen de aquellas, dedicadas a actividades no financieras: «El presupuesto deberá guardar concordancia con los criterios del Plan Nacional de Desarrollo, del Plan de inversiones.

El artículo 11 del Decreto 1876 de 1994 establece que, dentro de las funciones de la Junta Directiva, está la aprobación del Plan Operativo Anual, así como Analizar y aprobar el proyecto de presupuesto anual, de acuerdo con el Plan de Desarrollo y el Plan Operativo para la vigencia.

El POA es una de las herramientas de planificación de la inversión, que le permiten a la alta gerencia determinar cuál es el conjunto de planes, programas y proyectos que de manera prioritaria se incorporarán en la ejecución del presupuesto de la vigencia y que ayudan al cumplimiento de la Visión de la ESE Hospital Local Ismael Roldán Valencia de Quibdó.

El Plan Operativo Anual de la Empresa Social del Estado Hospital Local Ismael Roldán Valencia de Quibdó, establece las metas anuales de las líneas políticas que el hospital contempla para la planeación de las diferentes áreas del hospital destinadas al logro de los objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional y al cumplimiento de metas planteadas según normatividad vigente para el plan de gestión del gerente aprobado por Junta Directiva.

El Plan Operativo Anual presupone según el mapa de procesos de la ESE, plasmando de forma estratégica y táctica las actividades a realizar por las aéreas que lo conforman, considerando el Plan de gestión y el Plan de Desarrollo Institucional y las metas propuestas en estos para el año 2023. De forma estratégica, se consolida en el Plan Operativo Anual para la vigencia, en las siguientes líneas políticas: competencias de calidad, calidad de la gestión en salud, salud integral e integrada y gestión transparente y eficiente. Es decir, todos los procesos que la conforman deben cumplir las metas planteadas en gestión y producción, en responsabilidad de los diferentes coordinadores de las áreas, a su vez, la parte administrativa y financiera se refuerza como parte fundamental de apoyo a la operación.

El cumplimiento de las actividades programadas, están orientadas al mejoramiento continuo para el fortalecimiento institucional que permiten un sobresaliente desarrollo misional y el acercamiento a la visión gerencial para el 2023. Se cuenta con el compromiso de todos los funcionarios para la consecución de metas.

2. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

2.1. MISIÓN

Proporcionar servicios integrales de salud a toda la población de su área de influencia, orientados a los grupos sociales prioritarios, a través de acciones dirigidas a la promoción y prevención de la salud, diagnóstico, control, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; teniendo en cuenta la salud individual y colectiva de los diferentes grupos étnicos y étnicos, a fin de desarrollar una cultura de la salud, entendida esta como un componente de la estrategia de atención primaria en salud, proyectada a garantizar el bienestar humano y desarrollo social de la región.

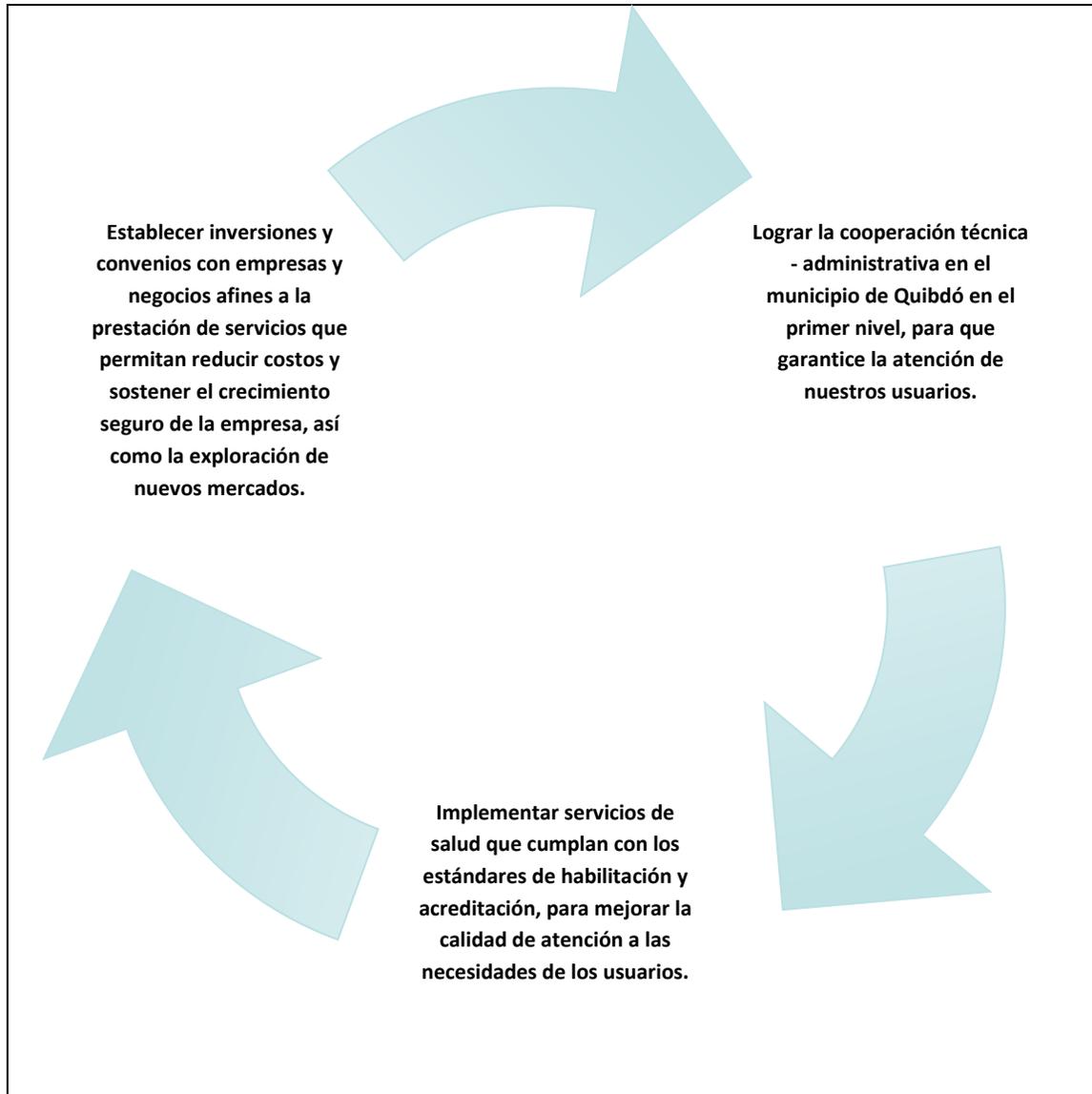
2.2. VISIÓN

La E.S.E. Hospital Ismael Roldán Valencia, se proyecta para el año 2024 como una institución prestadora de servicios de salud modelo en el Departamento del Chocó, desarrollando estrategias en salud integradas a una cultura de servicios con calidad, calidez, y competitividad, los cuales garantizarán la rentabilidad social y la viabilidad financiera de la organización.

2.3. POLÍTICA DE CALIDAD

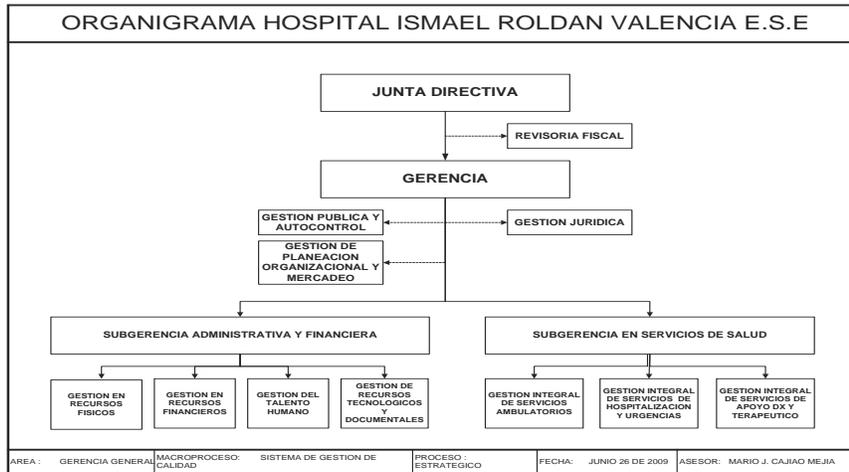
El Hospital Local Ismael Roldán Valencia, en desarrollo de su misión se compromete a prestar servicios de salud con calidad, calidez y humanizados, acordes con su capacidad y competencia, los cuales deben cumplir con los estándares establecidos en la norma, garantizando permanentemente la satisfacción de los usuarios y el mejoramiento continuo de los procesos, el desarrollo del talento humano y los recursos técnico-científicos y de infraestructura que soportan dichos procesos, permitiendo fomentar su liderazgo y el desarrollo sostenible de la organización.

2.4. OBJETIVOS CORPORATIVOS



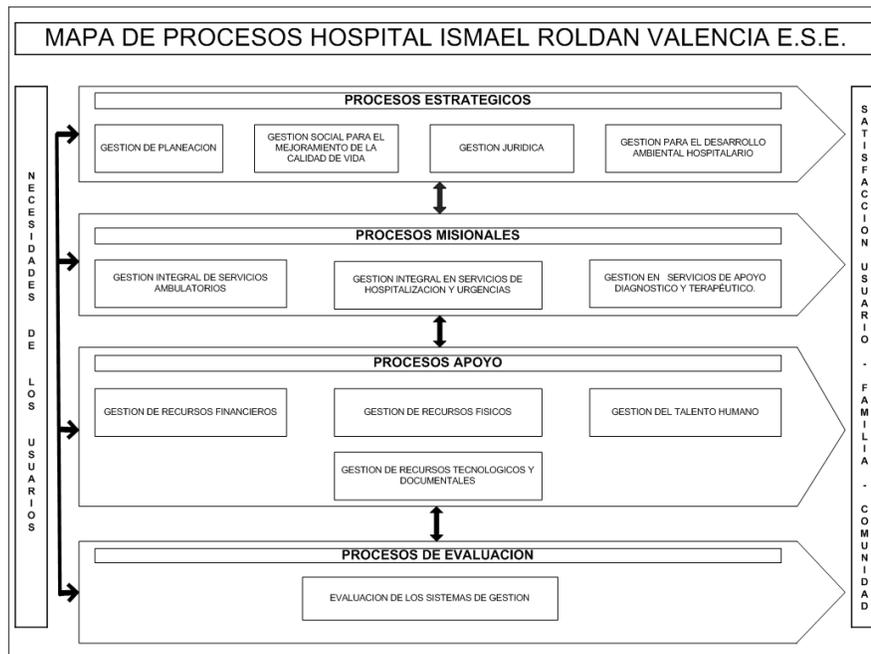
2.5. ORGANIGRAMA

La estructura de la ESE Hospital Local Ismael Roldan Valencia de Quibdó representa los diversos grupos institucionales y sus respectivas relaciones:



2.6. MAPA DE PROCESOS

La representación gráfica de los procesos de la ESE Hospital Local Ismael Roldán Valencia de Quibdó y su relación con el entorno:



3. PLAN OPERATIVO ANUAL 2023

3.1. LINEAS ESTRATÉGICAS

El Plan Operativo Anual 2023 se plantea de forma estratégica, teniendo en cuenta el Plan de Desarrollo Institucional 2020-2024 y el Plan de Gestión de la Gerente para la misma vigencia, además del cumplimiento de indicadores exigidos por norma, y en ese entendido a continuación, se detallan las líneas estratégicas del plan de desarrollo institucional 2020-2024 en el cual se describe su objetivo, programa y proyecto, identificadas una vez culminada la fase de análisis y diagnóstico institucional.



3.1.1. LINEA ESTRATÉGICA 1 - COMPETENCIAS PARA LA COMUNIDAD

Programa: Diseño, sustentación, implementación y alineación táctica con la Junta Directiva para el seguimiento del plan estratégico del cuatrienio y planes operativos anuales.

Proyecto: PLAN DE GESTION 2020-2024 y POA / VIGENCIA.

Objetivo: Formular plan sistemático, orientar la gestión a resultados esperados.

Metas:

| INDICADOR | FORMULA | ESTÁNDAR | VERIFICACIÓN | META 2023 | RESPONSABLE |
|----------------------|---------|----------|---------------------------|-----------|-------------|
| Rendición de cuentas | 1/1 | 1 | Rendición de cuentas 2022 | 1 | Gerente |

Programa: Diseño, sustentación, implementación y alineación táctica con la Junta Directiva para el seguimiento del plan estratégico del cuatrienio y planes operativos anuales.

Proyecto: PLAN DE GESTION 2020-2024 y POA / VIGENCIA.

Objetivo: Facilitar el seguimiento de las acciones propuestas.

Metas:

| INDICADOR | FORMULA | ESTÁNDAR | VERIFICACIÓN | META 2023 | RESPONSABLE |
|------------------------------------|--|----------|---------------------------------|-----------|---|
| Porcentaje de cumplimiento del POA | Acciones cumplidas/acciones programadas *100 | 100% | Informes de seguimiento del POA | 90% | Oficina de Planeación y Control Interno |

Programa: Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

Proyecto: Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

Objetivo: Fomentar la transparencia en la gestión, facilitando y promoviendo la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de la ESE HLIRV

Metas:

| INDICADOR | FORMULA | ESTÁNDAR | VERIFICACIÓN | META 2023 | RESPONSABLE |
|--|------------------------------------|----------|--|-------------|-----------------------|
| Porcentaje de cumplimiento del plan de | (Número de actividades cumplidas / | 100% | plan de anticorrupción y atención al ciudadano | Mayor a 90% | Oficina de Planeación |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| anticorrupción y atención al ciudadano | número de actividades planeadas en el Plan Anticorrupción y atención al ciudadano) * 100 | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Programa: Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

Proyecto: Políticas de MIPG (medición FURAG)

Objetivo: Fomentar la transparencia en la gestión, facilitando y promoviendo la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de la ESE HLIRV

Metas:

| INDICADOR | FORMULA | ESTÁNDAR | VERIFICACIÓN | META 2023 | RESPONSABLE |
|--|--|----------|--|-----------|---|
| Cumplimiento de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión FURAG - MIPG (Calificación FURAG) | Calificación emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP | 60% | Calificación de las 7 dimensiones y 16 políticas - FURAG | 70% | Oficina de Planeación y Control Interno |
| Formular el Plan Anual de Adquisiciones de la ESE HLIRV | 1/1 | 1 | plan anual de adquisiciones 2023 | 1 | Subgerente Administrativo y Financiero |
| Implementación del sistema de la Gestión Integral del Riesgo articulado con el direccionamiento estratégico | 1/1 | 1 | Sistemas de Gestión Integral del Riesgo implementados a 2023 | 1 | Oficina de Planeación |

Programa: Desarrollo integral del talento humano

Proyecto: Formación del Talento humano

Objetivo: Fortalecer competencias para el Modelo de prestación de servicios y capacitar al talento humano para el desarrollo del Sistema Obligatorio de Gestión de Calidad - SOGC

Metas:

| INDICADOR | FORMULA | ESTÁNDAR | VERIFICACIÓN | META 2023 | RESPONSABLE |
|---|---------|----------|----------------------|-----------|------------------|
| Plan de Capacitación elaborado y aprobado | 1/1 | 1 | Plan de capacitación | 1 | Equipo Directivo |

Programa: Desarrollo integral del talento humano

Proyecto: Salud ocupacional

Objetivo: Prevenir y controlar los riesgos ocupacionales

Metas:

| INDICADOR | FORMULA | ESTÁNDAR | VERIFICACIÓN | META 2023 | RESPONSABLE |
|--|--|----------|--------------|-----------|--------------------|
| Comité COPASST conformado y operando | Comité operando | 1 | actas | 1 | Gerente |
| Manual de manejo de residuos hospitalarios | Funcionarios que conocen el manual y lo aplican/total funcionarios*100 | 80% | encuesta | 90% | coordinador COPASO |

Programa: Desarrollo integral del talento humano

Proyecto: Plan Estratégico de Talento Humano

Objetivo: Mejorar la calidad de vida laboral, aumento de la motivación y sentido de pertenencia de los colaboradores de la ESE HLIRV

Metas:

| INDICADOR | FORMULA | ESTÁNDAR | VERIFICACIÓN | META 2023 | RESPONSABLE |
|--|---|----------|---|-----------|--|
| Plan de Bienestar Sociales e incentivos elaborado y aprobado | 1/1 | 1 | Plan de Bienestar Sociales e incentivos | 1 | Equipo Directivo |
| Clima laboral | Clima laboral percibido por los colaboradores/total colaboradores*100 | 60% | Encuesta | 60% | Comité bienestar laboral, Oficina de Atención al Usuario |

3.1.2. LINEA ESTRATÉGICA 2 – CALIDAD DE LA GESTIÓN EN SALUD

Programa: Servicios de salud con calidad

Proyecto: Evaluación Gerencial

Objetivo: Evaluar y controlar la gestión

Metas:

| INDICADOR | FORMULA | ESTÁNDAR | VERIFICACIÓN | META 2023 | RESPONSABLE |
|--------------------------------|---------|----------|--|-----------|---|
| Evaluación del Plan de Gestión | 1/1 | 1 | Evaluación del Plan de gestión 2022, ante la junta directiva de la ESE | 1 | Gerente y Junta directiva de la ESE HLIRV |

Programa: Servicios de salud con calidad

Proyecto: Habilitación

Objetivo: Cumplir ordenamiento legal, mejorar la contratación

Metas:

| INDICADOR | FORMULA | ESTÁNDAR | VERIFICACIÓN | META 2023 | RESPONSABLE |
|----------------------------------|--|----------|--|-----------|----------------------------|
| Porcentaje servicios habilitados | Servicios certificados en el cumplimiento de habilitación / total de servicios*100 | 100% | Certificación del cumplimiento de requisitos de habilitación | 100% | Gerente, Comité de calidad |

Programa: Servicios de salud con calidad

Proyecto: Acreditación

Objetivo: Brindar servicios de calidad certificada

Metas:

| INDICADOR | FORMULA | ESTÁNDAR | VERIFICACIÓN | META 2023 | RESPONSABLE |
|---|---|----------|---|-----------|--|
| Actualización del PAMEC 2023 como primer paso para el proceso de acreditación de los servicios | 1/1 | 1 | PAMEC 2023 | 1 | Asesor de Calidad |
| Cumplimiento con los reportes del Sistema de Información para la Calidad SIC solicitados por los entes de control | Reportes realizados / Reportes totales) * 100 | 100% | Reportes trimestrales Decreto 2193/04 en plataforma web Reportes trimestrales Resolución 256/16 en plataforma web Reportes Circular Única en plataforma web | 100% | Subgerencia Administrativa y Financiera. Asesor de Calidad |
| Actualización del Modelo de Atención al Usuario para la vigencia 2023 | 1/1 | 1 | Modelo de atención al usuario para la vigencia 2023 | 1 | Asesor de Calidad |

Programa: Servicios de salud con calidad

Proyecto: PAMEC

Objetivo: Aplicación de la resolución 1446 y circular 030 de 2006 para garantizar servicios oportunos, seguros y efectivos

Metas:

| INDICADOR | FORMULA | ESTÁNDAR | VERIFICACIÓN | META 2023 | RESPONSABLE |
|--|--|----------|------------------------|-----------|----------------------------------|
| Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución | 3 día | registro citas | 3 | Gerente, Comité de calidad |
| Proporción de vigilancia de eventos adversos | Número total de eventos adversos detectados y Gestionados * 100 / Número total de eventos adversos detectados | 95% | | 95% | Gerente, Comité de calidad |
| Porcentaje de satisfacción de los usuarios | Número de usuarios satisfechos con el servicio recibido * 100 / Número total de usuarios atendidos | 90% | encuestas | 95% | Gerente, Comité de calidad, SIAU |
| Proporción de PQRD con oportuna respuesta | Número PQRD generadas con el servicio recibido * 100 / Número total de usuarios atendidos | 100% | registro de respuestas | 100% | Gerente, Comité de calidad, SIAU |
| Re-consulta | Usuarios que consultan por la misma causa en menos de 8 días calendario/total de consultas del periodo*100 | 1% | RIPS | 1% | Gerente, Comité de calidad |

Programa: Servicios de salud con calidad

Proyecto: Promoción, prevención, DT, DI, PE

Objetivo: Mejorar acceso y calidad de los servicios de salud con enfoque de Atención Primaria en Salud - APS y abordaje familiar y comunitaria

Metas:

| INDICADOR | FORMULA | ESTÁNDAR | VERIFICACIÓN | META 2023 | RESPONSABLE |
|-------------------------------------|--|----------|--|-----------|---|
| Extensión de uso Gestión de Riesgos | usuarios asisten a la Ruta/usuarios objetivo del programa (bases datos) *100 | 80% | RIPS | 80% | Subgerente Asistencial, Coordinador de Gestión de Riesgos |
| Accesibilidad | Personas atendidas/familias visitadas (por servicio) | 70% | Formatos demanda inducida, informes consolidados | 70% | Subgerente Asistencial, Coordinador de Gestión de Riesgos |
| Caracterización/Captación | Personas caracterizadas/Total población objeto RPMS-RMP | 90% | Formatos demanda inducida, Base de datos e informes consolidados | 90% | Coordinador de Gestión de Riesgos |

3.1.3. LINEA ESTRATÉGICA 3 – SALUD INTEGRAL E INTEGRADA

Programa: Gestión de Proyectos

Proyecto: Fortalecimiento Institucional – Proyectos Estratégicos

Objetivo: Fortalecer la estructura organizacional de la ESE HLIRV

Metas:

| INDICADOR | FORMULA | ESTÁNDAR | VERIFICACIÓN | META 2023 | RESPONSABLE |
|---|---------|----------|--|-----------|-------------|
| Conformación del equipo técnico multidisciplinario para la elaboración del Plan de Formalización del Empleo Público | 1/1 | 0 | Documento Técnico de conformación del equipo técnico | 1 | Gerencia |

3.1.4. LINEA ESTRATÉGICA 4 – GESTION TRASPARENTE Y EFICIENTE

Programa: Sostenibilidad Financiera

Proyecto: Cumplimiento en la radicación

Objetivo: Mantener el equilibrio presupuestal con relación al recaudo

Metas:

| INDICADOR | FORMULA | ESTÁNDAR | VERIFICACIÓN | META 2023 | RESPONSABLE |
|---|---|----------|-------------------|-----------|-----------------------|
| Oportunidad en la radicación de las cuentas | Número de raditaciones realizadas mes a mes durante la vigencia / Total de raditaciones obligatorias al año | 12 | Cuentas radicadas | 12 | Facturación y Cartera |

Programa: Sostenibilidad Financiera

Proyecto: Plan de Ventas

Objetivo: Promover el portafolio y planes de negocios

Metas:

| INDICADOR | FORMULA | ESTÁNDAR | VERIFICACIÓN | META 2023 | RESPONSABLE |
|---|--|----------|---|-----------|------------------------------------|
| Porcentaje de Ingresos por ventas de servicios de salud | (Ingresos recaudados por venta de servicios de salud / Ingresos totales recaudados durante el periodo) * 100 | 90% | Ejecución Presupuestal de ingresos 2023 | 90% | Gerente, Subgerente administrativo |

**ANEXO 1. MATRIZ DE INDICADORES PLAN OPERATIVO ANUAL 2023 POR LINEAS POLÍTICAS
ESE HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA DE QUIBDÓ**

| LINEA POLITICA | PROGRAMA | PROYECTO | OBJETIVOS | INDICADOR | FORMULA | ESTANDAR* | VERIFICACION | METAS | RESPONSABLE |
|--------------------------------|---|--|---|---|---|-----------|--|-------------|---|
| | | | | | | | | 2023 | |
| COMPETENCIAS PARA LA COMUNIDAD | Diseño, sustentación, implementación y alineación táctica con la Junta Directiva para el seguimiento del plan estratégico del cuatrienio y planes operativos anuales. | PLAN DE GESTION 2020-2024 y POA / VIGENCIA. | Formular plan sistemático, orientar la gestión a resultados esperados. | Rendición de cuentas | 1/1 | 1 | Rendición de cuentas 2022 | 1 | Gerente |
| | | | Facilitar el seguimiento de las acciones propuestas. | Porcentaje de cumplimiento del POA | Acciones cumplidas/acciones programadas *100 | 100% | Informes de seguimiento del POA | 90% | Oficina de Planeación y Control Interno |
| | Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG Desarrollo integral del talento humano | Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano. | Fomentar la transparencia en la gestión, facilitando y promoviendo la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de la ESE HLIRV | Porcentaje de cumplimiento del plan de anticorrupción y atención al ciudadano | (Número de actividades cumplidas / número de actividades planeadas en el Plan Anticorrupción y atención al ciudadano) * 100 | 100% | plan de anticorrupción y atención al ciudadano | Mayor a 90% | Oficina de Planeación |

| | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|---|--|--|--|--|--|---|
| | | | Fomentar la transparencia en la gestión, facilitando y promoviendo la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de la ESE HLIRV | Cumplimiento de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión FURAG - MIPG (Calificación FURAG) | Calificación emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP | 60% | Calificación de las 7 dimensiones y 16 políticas - FURAG | 70% | Oficina de Planeación y Control Interno |
| | | Políticas de MIPG (medición FURAG) | Formular el Plan Anual de Adquisiciones de la ESE HLIRV | 1/1 | 1 | plan anual de adquisiciones 2023 | 1 | Subgerente Administrativo y Financiero | |
| | | Políticas de MIPG (medición FURAG) | Implementación del sistema de la Gestión Integral del Riesgo articulado con el direccionamiento estratégico | 1/1 | 1 | Sistemas de Gestión Integral del Riesgo implementados a 2023 | 1 | Oficina de Planeación | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|---|--|--|-----|---|-----|--|
| | | Formación del Talento humano | Fortalecer competencias para el Modelo de prestación de servicios y capacitar al talento humano para el desarrollo del Sistema Obligatorio de Gestión de Calidad - SOGC | Plan de Capacitación elaborado y aprobado | 1/1 | 0 | Plan de capacitación | 1 | Equipo Directivo |
| | | Salud ocupacional | Prevenir y controlar los riesgos ocupacionales | Comité COPASST conformado y operando | Comité operando | 1 | actas | 1 | Gerente |
| | | | | Manual de manejo de residuos hospitalarios | Funcionarios que conocen el manual y lo aplican/total funcionarios*100 | 80% | encuesta | 90% | coordinador COPASO |
| | | Plan Estratégico de Talento Humano | Mejorar la calidad de vida laboral, aumento de la motivación y sentido de pertenencia de los colaboradores de la ESE HLIRV | Plan de Bienestar Sociales e incentivos elaborado y aprobado | 1/1 | 0 | Plan de Bienestar Sociales e incentivos | 1 | Equipo Directivo |
| | | | | Clima laboral | Clima laboral percibido por los colaboradores/total colaboradores*100 | 60% | Encuesta | 60% | Comité bienestar laboral, oficina de atención al usuario |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|---|---|--|------|---|------|--|
| CALIDAD DE LA GESTIÓN EN SALUD | Servicios de salud con calidad | Evaluación Gerencial | Evaluar y controlar la gestión | Evaluación del Plan de Gestión | 1/1 | 1 | Evaluación del Plan de gestión 2022, ante la junta directiva de la ESE | 1 | Gerente y Junta directiva de la ESE HLIRV |
| | | Habilitación | Cumplir ordenamiento legal, mejorar la contratación | Porcentaje servicios habilitados | Servicios certificados en el cumplimiento de habilitación / total de servicios*100 | 100% | Certificación del cumplimiento de requisitos de habilitación | 100% | Gerente, Comité de calidad |
| | | Acreditación | Brindar servicios de calidad certificada | Actualización del PAMEC 2023 como primer paso para el proceso de acreditación de los servicios | 1/1 | 1 | PAMEC 2023 | 1 | Asesor de Calidad |
| | | | | Cumplimiento con los reportes del Sistema de Información para la Calidad SIC solicitados por los entes de control | Reportes realizados / Reportes totales) * 100 | 100% | Reportes trimestrales Decreto 2193/04 en plataforma web Reportes trimestrales Resolución 256/16 en plataforma web Reportes Circular Única en plataforma web | 100% | Subgerencia Administrativa y Financiera. Asesor de Calidad |

| | | | | | | | | | |
|--|--|-------|--|---|--|-------|---|-----|----------------------------|
| | | | | Actualización del Modelo de Atención al Usuario para la vigencia 2023 | 1/1 | 1 | Modelo de atención al usuario para la vigencia 2023 | 1 | Asesor de Calidad |
| | | PAMEC | Aplicación de la resolución 1446 y circular 030 de 2006 para garantizar servicios oportunos, seguros y efectivos | Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución | 3 día | registro citas | 3 | Gerente, Comité de calidad |
| | | | | Proporción de vigilancia de eventos adversos | Número total de eventos adversos detectados y Gestionados * 100 / Número total de eventos adversos detectados | 95% | | 95% | Gerente, Comité de calidad |

| | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|--|--|------|--|------|---|
| | | | | Porcentaje de satisfacción de los usuarios | Número de usuarios satisfechos con el servicio recibido * 100 / Número total de usuarios atendidos | 90% | encuestas | 95% | Gerente, Comité de calidad |
| | | | | Proporción de PQRD con oportuna respuesta | Número de PQRD generadas con el servicio recibido * 100 / Número total de usuarios atendidos | 100% | Registro de respuestas | 100% | Gerente, Comité de Calidad, SIAU |
| | | | | Re-consulta | Usuarios que consultan por la misma causa en menos de 8 días calendario/total de consultas del periodo*100 | 1% | RIPS | 1% | Gerente, Comité de calidad |
| | | Promoción, prevención, DT, DI, PE | Mejorar acceso y calidad de los servicios de salud con enfoque de Atención Primaria en Salud - APS y abordaje familiar y comunitaria | Extensión de uso Gestión de Riesgos | usuarios asisten a la Ruta/usuarios objetivo del programa (bases datos) *100 | 80% | RIPS | 80% | Subgerente Asistencial, Coordinador de Gestión de Riesgos |
| | | | | Accesibilidad | Personas atendidas/familias visitadas (por servicio) | 70% | Formatos Demanda Inducida, informes consolidados | 70% | Subgerente Asistencial, Coordinador de Gestión de Riesgos |

| | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|-------------------------------|---|---|--|-----|--|-----|------------------------------------|
| | | | | Caracterización / Captación | Personas caracterizadas / Total población objeto RPMS - RMP | 90% | Formatos Demanda Inducida, Base de datos e informes consolidados | 90% | Coordinador de Gestión de Riesgos |
| | | | | Conformación del equipo técnico multidisciplinario para la elaboración del Plan de Formalización del Empleo Público | 1/1 | 0 | Documento Técnico de conformación del equipo técnico | 1 | Gerencia |
| GESTION TRANSPARENTE Y EFICIENTE | Sostenibilidad Financiera | Cumplimiento en la radicación | Mantener el equilibrio presupuestal con relación al recaudo | Oportunidad en la radicación de las cuentas | Número de radicaciones realizadas mes a mes durante la vigencia / Total de radicaciones obligatorias al año | 12 | Cuentas radicadas | 12 | Facturación y Cartera |
| | | Plan de Ventas | Promover el portafolio y planes de negocios | Porcentaje de Ingresos por ventas de servicios de salud | (Ingresos recaudados por venta de servicios de salud / Ingresos totales recaudados durante el periodo) * 100 | 90% | Ejecución Presupuestal de ingresos 2023 | 90% | Gerente, Subgerente administrativo |