

ACUERDO No. 08
(Julio 16 de 2018)

"POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA EL PLAN OPERATIVO ANUAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VIDASINÚ PARA LA VIGENCIA 2018"

La Junta Directiva de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VIDASINÚ, en uso de sus facultades legales, los Estatutos de la Empresa y en especial las conferidas por el Decreto 1876 de 1994 y,

CONSIDERANDO:

Que el Decreto 1876 de 1994 establece la naturaleza jurídica, objetivos y principios básicos de las empresas sociales del estado incluyendo en su artículo 11 numeral 3 la facultad de las Juntas Directivas para discutir y aprobar el Plan Operativo Anual de la Empresa.

Que mediante Acuerdo No. 13 del 19 de diciembre de 2017, la Junta Directiva de la E.S.E VIDASINÚ aprobó el Plan Operativo Anual vigente para el periodo comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre de 2018.

Que mediante reunión de Junta Directiva de fecha 16 de julio de 2018, los miembros aprobaron modificar el Plan de Desarrollo 2016-2020 de la E.S.E. VIDASINÚ.

Que el Plan Operativo Anual contiene los programas, estrategias y acciones a ejecutar para la vigencia 2018 y debe ser coherente con el Plan de Desarrollo institucional, el Plan Bienal de Inversiones, la Resolución 743 de 2013 y el Presupuesto para la vigencia fiscal del mismo año.

Que dadas las modificaciones dadas al Plan de Desarrollo 2016-2020 de la E.S.E. VIDASINÚ, fueron igualmente aprobada la modificación del Plan Operativo Anual 2018.

Que en mérito de lo expuesto,

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar las modificaciones del Plan de Operativo Anual De La Empresa Social Del Estado VIDASINÚ para la vigencia 2016-2020, el cual se incorpora como un documento anexo que hace parte integral del presente acuerdo.

ARTICULO SEGUNDO: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Montería a los dieciséis (16) días de mes de julio de 2018.


MARCOS DANIEL GARCIA PINEDA
Presidente Junta Directiva


NAYIBE LUCIA JULIO SIMANCA
Secretaria Junta Directiva

+ + + + +

VIGENCIA 2018

MACROPROCESO	PROCESO	PERSPECTIVA (LINEA ESTRATEGICA)	OBJETIVO ESTRATEGICO	ESTRATEGIAS	INDICADOR	ACTIVIDADES	META	META ACUMULADA	META 2018	AREA RESPONSABLE
APOYO	Gestión Administrativa y Financiera	FINANCIERA	1. Realizar seguimiento a todos los procesos administrativos y financieros de la institución.	1. Puesta en operación de Normas internacionales financieras(NIFF) según Resolución 414 de Septiembre 8 de 2014	Implementación de NIFF	Realizar informes de avances del proceso contable en la implementación y ejecución de las NIIF	100%	100%	100%	Subdirección administrativa y financiera
	Gestión Administrativa y Financiera			2. Generar información financiera basada en costos para la toma de decisiones estratégicas, administrativas y financieras del negocio.	% de avance de ejecución de sistema de costos	Elaboración y reporte de los estados financieros de acuerdo a la normatividad aplicable a la ESE	100%	40%	30%	Subdirección administrativa y financiera
	Gestión Administrativa y Financiera		2. Generar equilibrio de los ingresos corrientes, buscando que estos no superen los compromisos adquiridos por la institución.	3. Estudio y análisis de impacto presupuestal y de recursos financieros para la toma de decisiones gerenciales con implicación financiera	(Total recaudo por venta de servicios/Total compromisos)/*100	Generación de compromisos hasta por el monto del recaudo Estudios mensualizados de eficiencia en la gestión presupuestal Aplicación de mecanismos de austeridad del gasto Estudios mensualizados de respaldo de tesorería en las cuentas por pagar	<=1	1	1	Subdirección administrativa y Financiera.
	Gestión Administrativa y Financiera		3. Obtener mejores precios de compra de medicamentos e insumos a través de diferentes mecanismos de compra.	4. Proporcion de suministros de medicamentos e insumos teniendo en cuenta cantidades históricas y utilizar herramientas de adquisición como: 1. Compra conjunta 2. Compra a través de cooperativas de ESE 3. Compra a través de mecanismos electrónicos.	Valor total de adquisiciones de medicamentos e insumos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos e insumos.	Mantener procesos de compras electrónicas o a cooperativas de empresas sociales del estado, que permita reducción del gasto en las compras de bienes y servicios, garantizando el 70% de adquisiciones por este medio	70%	50%	50%	Subdirección administrativa y Financiera.
	Gestión Administrativa y Financiera		4. Diseñar estrategias que ayuden a la depuración y recaudo de la cartera de vigencias anteriores, que garanticen apalancamiento de los gastos y costos de de financiación de la entidad.	5. Fortalecer el área de cartera con recurso humano idóneo con el objetivo de llevar a cabo la gestión necesaria para la depuración de las cuentas por cobrar de difícil recaudo.	valor depurado/ valor total a depurar	Gestionar proceso de liquidación de contratos con las distintas EPS Oportunidad en la respuesta de glosas y recobros Fortalecer el área de recaudo con jornadas de actualización al personal que labora en el área Depuración de cartera	30%	30%	30%	Subdirección administrativa y Financiera.
MISIONAL	Promoción Prevención y Salud Pública	PACIENTE	1. Implementación de la estrategia AIEPI en 5 centros de salud de la zona urbana.	1. Parametrización de las historias clínicas de los niños de 0 a 2 meses a 5 años, las historias de detección temprana del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años, Atención integrada para la madre y recién nacido.	Numero de centros de salud con estrategia AIEPI implementada/ Numero de centros de salud programados para implementar *100	Parametrización de las historias clínicas de los niños de 0 a 2 meses a 5 años, las historias de detección temprana del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años, Atención integrada para la madre y recién nacido. Dotar de elementos y equipos biomédicos e insumos para cumplir con los requisitos de habilitación establecidos en la resolución 2003 del 2014	Implementar la estrategia AIEPI en el 100% de los centros de salud programados	90%	10%	Gerencia Subdirección Administrativa y Financiera y Subdirección científica.

Handwritten signature

	GESTIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA							CÓDIGO: PL-GE-03
	PLAN OPERATIVO ANUAL (POA)							VERSIÓN: 02
								FECHA: 16/07/2018
								Página 1 de 1

VIGENCIA 2018										
MACROPROCESO	PROCESO	PERSPECTIVA (LINEA ESTRATEGICA)	OBJETIVO ESTRATEGICO	ESTRATEGIAS	INDICADOR	ACTIVIDADES	META	META ACUMULADA	META 2018	AREA RESPONSABLE
MISIONAL				3. Diligenciar adecuadamente el carné infantil y explicar a la madre los patrones de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. 4. Dos cursos de AIEPI Clínico para profesionales de la salud enfermeras y medicos. 5. Fortalecimiento de la red de apoyo comunitario en la zona urbanay rural		Diligenciar adecuadamente el carné infantil y explicar a la madre los patrones de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. Dos cursos de AIEPI Clínico para profesionales de la salud enfermeras y medicos. Fortalecimiento de la red de apoyo comunitario en la zona urbanay rural				
	Promoción Prevención y Salud Pública		2.Garantizar a los niños y niñas hospitalizados y en observacion el derecho al juego, de acuerdo a los lineamientos de AIEPI.	6. Cotizar, definir y adquirir juguetes didacticos, cuentos para las urgencias. 7. Entrega por medio de acta de juguetes a los servicios de hospitalizacion y observacion	Dotacion recibida / Dotacion solicitada	Cotizar, definir y adquirir juguetes didacticos, cuentos para las urgencias. Entrega por medio de acta de juguetes a los servicios de hospitalizacion y observacion.	Dotacion del 100% de los servicios de hospitalizacion y observacion de juguetes didacticos y cuentos	100%	100%	Gerencia Subdireccion Administrativa y Financiera y Subdireccion cientifica.
	Promoción Prevención y Salud Pública		3. Capacitar al personal que atiende poblacion maternoinfantil en la ESE VIDU SINU sobre la resolucion 2465 de 2016	8. Capacitación al personal que atiende poblacion maternoinfantil sobre la resolucion 2465 de 2016	Numero de personas capacitadas en la resolucion 2465 de 2016/ Total de personas que	Incluir en el plan de capacitación socialización de la Resolución 2465 de 2016 y capacitar al personal que atiende población materno infantil.	100% de las personas que atiende la poblacion materno infantil capacitados en la	100%	100%	Subdirección científica.
	Promoción Prevención y Salud Pública		4. Gestionar la acreditación de 2 Hospitales de la ESE VIDA SINU como Institucion Amiga de la Mujer y de la Infancia (IAM), y la sostenibilidad del acreditado (e Amparo) con el fin de garantizar la atención integral a la poblacion maternoinfantil.	9.Actualizar los planes de capacitación, inducción, información y educación para fortalecer los conocimientos y habilidades del personal de salud. 10. Capacitación de personal que atiende población materno infantil en la estrategia IAM. 11. Realizar autoapreciación de acuerdo a lineamientos vigentes.	(No. De criterios globales cumplidos entre 80 y 100% contenidos en el formulario de autoapreciación/10)*100	Capacitar conforme a los nuevos lineamientos Implementar los formatos establecidos en los nuevos lineamientos de la estrategia IAM. Realizar autoapreciación de acuerdo a los porcentajes obtenidos teniendo como referencia los establecidos en los nuevos lineamientos.	Capacitar mínimo el 90% del recurso humano que ingresa a la entidad que atiende población materno infantil. Diligenciar el 100% de formatos establecidos por la estrategia IAM Cumplimiento del formulario de autoapreciación en un rango entre 80% y 100%.	100%	100%	Gerencia y Subdireccion cientifica.
MISIONAL	Promoción Prevención y Salud Pública	PACIENTE	5. Consultorio Rosado (Estrategia de atencion para prevencion de cancer de seno). Detectar tempranamente enfermedades de la mama en la población femenina mayor de 20 años e identificar los factores de riesgo y factores protectores.	12. Planear, organizar y poner en funcionamiento dos consultorios rosado en la ESE VIDA SINU. 13. Seleccionar y capacitar los medicos para la atención de DTA de cancer de seno. 14. Definir, cotizar y suministrar los simuladores para el consultorio rosado. 15. Elaborar el protocolo institucional e historia clinica para el manejo de DTA de cancer de seno en el consultorio rosado. 16. Capacitar al recurso de la ESE VIDA SINU, en la adecuada utilizacion del consultorio rosado.	Numero de consultorios rosados habilitados y puestos en funcionamiento	Planear, organizar y poner en funcionamiento dos consultorios rosado en la ESE VIDA SINU. Seleccionar y capacitar los medicos para la atención de DTA de cancer de seno. Definir, cotizar y suministrar los simuladores para el consultorio rosado. Elaborar el protocolo institucional e historia clinica para el manejo de DTA de cancer de seno en el consultorio rosado. Capacitar al recurso de la ESE VIDA SINU, en la adecuada utilizacion del consultorio rosado.	2 consultorios rosados habilitados y puestos en funcionamiento	100%		Gerencia Subdireccion Administrativa y Financiera y Subdireccion cientifica.

Handwritten signature/initials

VIGENCIA 2018												
MACROPROCESO	PROCESO	PERSPECTIVA (LINEA ESTRATEGICA)	OBJETIVO ESTRATEGICO	ESTRATEGIAS	INDICADOR	ACTIVIDADES	META	META ACUMULADA	META 2018	AREA RESPONSABLE		
MISIONAL	Promoción Prevención y Salud Pública	PACIENTE		17. Dotar los consultorios con los implementos de oficina y ayudas didacticas.		Dotar los consultorios con los implementos de oficina y ayudas didacticas.						
			6. Certificar a todo el personal que labora en los servicios de vacuacion y citologia de la ESE VIDA SINU, en las respectivas competencias con el fin de brindar servicios con calidad.	18. Concertacion con el programa PAI del Municipio y del departamento	Numero de personal capacitado en competencias laborales PAI Y de toma muestra de citologia/Total del personal que se encuentra en el servicio de PAI y de citologia *100	Concertacion con el programa PAI del Municipio y del departamento	100% del personal capacitada competencias laborales PAI Y en toma de muestra de citologia	70%	30%	Subdireccion cientifica.		
				19. Notificar a las auxiliares y enfermeras en el proceso de certificacion de competencias		Notificar a las 101 auxiliares y enfermeras en el proceso de certificacion de competencias						
				20. Cumplimiento de los requisitos de los seleccionados a la inscripcion		Cumplimiento de los requisitos de los seleccionados a la inscripcion						
				21. Iniciar proceso de inscripcion y certificacion en el SENA con la nueva norma		Iniciar proceso de inscripcion y certificacion en el SENA con la nueva norma						
				22. Proceso de evaluación de los aspirantes.		Proceso de evaluación de los aspirantes.						
				23. Actualizacion de 2 evaluadoras en la nueva norma por parte del SENA.		Actualizacion de 2 evaluadoras en la nueva norma por parte del SENA.						
				24. Capacitacion y certificacion en toma de muestra citologica a las auxiliares de los servicios de citologia con institucion educativa reconocida por el gobierno.		Capacitacion y certificacion en toma de muestra citologica a las auxiliares de los servicios de citologia con institucion educativa reconocida por el gobierno.						
	Promoción Prevención y Salud Pública		7. Actualizacion de la totalidad de protocolos institucionales de proteccion especifica deteccion temprana y salud publica.	25. Actualización de los protocolos institucionales de proteccion especifica deteccion temprana y salud publica de acuerdo al nuevo protocolo de control documental.	(Numero de protocolos actualizados institucionales de proteccion especifica deteccion temprana y salud publica/Total de protocolos institucional programados para actualizar y socializar)*100	Actualizar los protocolos institucionales de proteccion especifica deteccion temprana y salud publica de acuerdo al nuevo protocolo de control documental. -0-	100% de los protocolos institucionales de proteccion especifica deteccion temprana y salud publica actualizados	100%	100%	Subdireccion cientifica - Calidad		
				26. Distribuir en todos los centros de salud y hospitales los protocolos institucionales de proteccion especifica deteccion temprana y salud publica actualizados.		Distribuir en todos los centros de salud y hospitales los protocolos institucionales de proteccion especifica deteccion temprana y salud publica actualizados. -0-						
				27. Socializacion de los protocolos institucionales de proteccion especifica deteccion temprana y salud publica a todo al personal de la ESE VIDA SINU.		Socializar de los protocolos institucionales de proteccion especifica deteccion temprana y salud publica a todo al personal de la ESE VIDA SINU.						
			MISIONAL	Promoción Prevención y Salud Pública	8. Brindar a las mujeres gestantes y sus familias educacion y atencion oportuna y pertinente para que puedan vivir satisfactoriamente su gestacion, prapararse para el parto, el puerperio y la lactancia materna.	28. Concertar con las enfermeras de atencion materna la inscripción al curso	(Total de gestantes capacitados en el curso de preparacion para el embarazo y la maternidad/Total de gestantes inscritas)*100	Concertar con las enfermeras de atencion materna la inscripción al curso	10 o 15% de las gestantes inscritas en el curso de preparacion par el embarazo y la maternidad	10%	15%	Subdireccion Administrativa y Financiera y Subdireccion cientifica.
						29. Presupuestar los costos de arriendo de los sitios para la realizacion del curso donde no ha espacios fisicos para realizarlos, la merienda, transporte, materiales; fome de varios colores, pegante magico, 10 cartulinas,vinilos de varios colores, 6 tijeras, libreta y lapicero, bomba de inflar balones para hacer el ejercicio.		La entidad en esta vigencia cuenta con sitios adecuados por lo tanto no requiere del arrendamiento para desarrollar éste objetivo estratégico.				
						30. Presupuestar kit posparto		Entrega de kit posparto a todo nacido vivo en la ESE.				

Miguel

VIGENCIA 2018										
MACROPROCESO	PROCESO	PERSPECTIVA (LINEA ESTRATEGICA)	OBJETIVO ESTRATEGICO	ESTRATEGIAS	INDICADOR	ACTIVIDADES	META	META ACUMULADA	META 2018	AREA RESPONSABLE
MISIONAL	Promoción Prevención y Salud Pública	PACIENTE	9. Implementacion de la consulta diferenciada para jóvenes y adolescentes en 2 centro de salud u hospital de la ESE VIDA SINU.	31. Adopción de la política de servicios amigables.	Numero de consultorios habilitados para atencion diferencial a jóvenes y adolescentes	Adopción de la política de servicios amigables.	2 consultorios habilitados para consulta diferenciada en la ESE VIDA SINU	0%	50%	Gerencia, Subdireccion Administrativa y Financiera y Subdireccion científica.
				32. Capacitación al equipo multidisciplinario de la sedes en donde se implementara la consulta diferenciada		Capacitación al equipo multidisciplinario de la sedes en donde se implementara la consulta diferenciada				
				33. Definicion de ruta institucional		Definicion de ruta institucional				
				34. Señalización interna para jóvenes y adolescentes		Señalización interna para jóvenes y adolescentes				
				35. Parametrización de las historia de atención a jóvenes y adolescentes		Parametrización de las historia de atención a jóvenes y adolescentes				
			10. mplementacion de la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos, PEDIATRICA	36. Ubicación del personal entrenado y certificado en toma de prueba rápida por el laboratorio de salud publica de acuerdo a la resolucion 2338/2013, en los Centros u hospitales de atención materno.	Numero de pruebas realizadas en gestantes y en poblacion objeto/Numero de ingresos en el periodo*100	Continuar con el entrenamiento del personal de atención materno infantil entrenado y certificado en toma de prueba rápida por el laboratorio de salud publica de acuerdo a la resolucion 2338/2013, de acuerdo a disponibilidad de Secretaría de salud departamental.	100% de las gestantes que ingresa al control con prueba realizadas	40%	80%	Subdireccion Administrativa y Financiera y Subdireccion cientifica.
				37. Adquirir bimensualmente pruebas rapidas para sífilis con una especificidad del 99,5% de acuerdo a los lineamientos establecidos en la GPC		Adquirir bimensualmente pruebas rapidas para sífilis con una especificidad del 99,5% de acuerdo a los lineamientos establecidos en la GPC				
				38. Adquirir pruebas rapidas VIH on una sensibilidad y especificidad de esta prueba debe ser superior a 99,5%, de acuerdo a los lineamientos establecidos en la GPC		Adquirir pruebas rapidas VIH con una sensibilidad y especificidad de esta prueba debe ser superior a 99,5%, de acuerdo a los lineamientos establecidos en la GPC				
				39. Tomar en el primer control prenatal la prueba rapida para sífilis por el personal entrenado		Tomar en el primer control prenatal la prueba rapida para sífilis por el personal entrenado				
				40. Garantizar la aplicacion del medicamento en el mismo día en el que se diagnostica la infección mediante la prueba rápida para sífilis		Garantizar la aplicacion del medicamento en el mismo día en el que se diagnostica la infección mediante la prueba rápida para sífilis				
MISIONAL			11. Garantizar la administración y supervisión del tratamiento a todos los pacientes del programa, de acuerdo a la estrategia de tratamiento acortado supervisado DOST/TAS para el manejo de pacientes con TB.	41. Asignacion de una auxiliar de enfermeria que supervise el tratamiento tuberculoso en la casa de los usuarios los dias de semana santa e inicio de año que no estan abiertos las consultas externas	Numero de pacientes tuberculosos con tratamiento supervisado / Numero de pacientes en el programa	Asignacion de una auxiliar de enfermeria que supervise el tratamiento tuberculoso en la casa de los usuarios los dias de semana santa e inicio de año que no estan abiertos las consultas externas	Todo los pacientes activos de los supervisados	100%	100%	Subdireccion científica.
#¿NOMBRE?				42. Realizar la entrega de los medicamentos antituberculosis a la auxiliar asignada para la supervision de estos domiciliarmente		Realizar la entrega de los medicamentos antituberculosis a la auxiliar asignada para la supervision de estos domiciliarmente				

Miguel

VIGENCIA 2018										
MACROPROCESO	PROCESO	PERSPECTIVA (LINEA ESTRATEGICA)	OBJETIVO ESTRATEGICO	ESTRATEGIAS	INDICADOR	ACTIVIDADES	META	META ACUMULADA	META 2018	AREA RESPONSABLE
MISIONAL	Promoción Prevención y Salud Pública	PACIENTE		43. Reportar lo realizado en las historias clínicas de los usuarios y al finalizar realizar la respectiva entrega de historia clínica y medicamentos antib a las enfermeras de consulta externa donde asisten los usuarios		Reportar lo realizado en las historias clínicas de los usuarios y al finalizar realizar la respectiva entrega de historia clínica y medicamentos antib a las enfermeras de consulta externa donde asisten los usuarios				
			12. Sífilis gestacional, adquisición de preservativos masculino para entrega a parejas de usuarias del programa de sífilis gestacional.	44. Adquisición de 2.000 preservativos de acuerdo a la normatividad para el suministro de los pacientes con sífilis gestacional 45. Entrega de preservativos 10 mensuales a las parejas de las gestantes con sífilis para prevenir las reinfecciones	Dotación recibida y entregada / Dotación solicitada	Adquirir 2.000 preservativos de acuerdo a la normatividad para el suministro de los pacientes con sífilis gestacional. Entregar 10 preservativos mensuales a las parejas de las gestantes registradas en el programa de sífilis gestacional para prevenir las reinfecciones.	Dotación de toda la parejas en preservativos para parejas de usuarias del programa de sífilis gestacional.	100%	100%	Subdirección científica.
APOYO	Gestión de Recursos Físicos		13. Servicios de monitoreo de temperaturas en PAI con emisión de alertas personalizadas para las diferentes sedes de ESE VIDASINÚ	46. Cotización de compra o arriendo del servicio de monitoreo	Número de neveras monitorizadas/Número de neveras existente en PAI de la ESE VIDA SINÚ	Cotización de compra o arriendo del servicio de monitoreo	100% de la red de frío monitorizada	100%	100%	Subdirección Administrativa y Financiera y Subdirección científica.
				47. Envío de número de neveras y puntos		Envío de número de neveras y puntos				
				48. Programación de ambas partes para la programación de instalación de los equipos en neveras		Programación de ambas partes para la programación de instalación de los equipos en neveras				
				49. Programación de viáticos y desplazamientos del técnico		Programación de viáticos y desplazamientos del técnico				
				50. Elaboración de contrato mínimo por tres años		Elaboración de contrato mínimo por tres años				
				51. Tener un reporte de alarmas vías email, mensajes de texto ilimitados		Tener un reporte de alarmas vías email, mensajes de texto ilimitados				
				52. Reporte diario de variables análogas		Reporte diario de variables análogas				
	Gestión de Recursos Físicos		14. Prestar servicios de alojamiento a las embarazadas y puerperas de la zona rural que por problemas socioculturales se le dificulta el acceso a los servicios de salud	53. Definir recurso humano institucional	Adquisición de casa materna	Definir las necesidades de personal para desarrollar programa de alojamiento a embarazadas	1 casa materna	100%	100%	Subdirección Administrativa y Financiera y Subdirección científica.
				54. Adecuar infraestructura física		Adecuar infraestructura física para desarrollar programa de alojamiento a embarazadas.				
				55. Prepostar servicios públicos agua luz, teléfono y tv		Establecer en el presupuesto de gastos de la entidad servicios públicos agua luz, teléfono y tv requeridos para prestar el servicio de alojamiento a embarazadas.				
				56. Suministro de materiales y equipos para el funcionamiento		Suministrar los materiales y equipos requeridos para el funcionamiento del servicio de alojamiento de embarazadas.				
	Gestión de Recursos Físicos		15. Distribuir material educativo que permitan a la comunidad asimilar la educación que se realiza en la educación	57. Diseño de las cartillas de los diferentes programas	Número de cartillas de los diferentes programas distribuidas / Número de usuarios de los diferentes programas atendidos durante el periodo	Diseñar, Cotizar y presupuestar en cada vigencia las cartillas con contenido de los diferentes programas dirigidos a los usuarios.	100%	100%	100%	Subdirección Administrativa y Financiera y Subdirección científica.

Nivel 5

VIGENCIA 2018										
MACROPROCESO	PROCESO	PERSPECTIVA (LINEA ESTRATEGICA)	OBJETIVO ESTRATEGICO	ESTRATEGIAS	INDICADOR	ACTIVIDADES	META	META ACUMULADA	META 2018	AREA RESPONSABLE
				58. Cotización y presupuesto de la produccion del material		Distribuir en cada vigencia a los usuarios del servicio las cartillas de los programas.				
DIRECCION	Gestión de calidad y mejora continua	PROCESOS	1. Mejorar la satisfacción de los usuarios	1. Realizar seguimiento a los procesos misionales y procedimientos establecidos de acuerdo a la normatividad vigente y al desarrollo institucional para control y mejora	# de auditorias realizadas / # de auditorias programadas	Realizar auditorias de seguimiento a los procesos misionales y procedimientos establecidos de acuerdo a la normatividad vigente conforme al plan de auditorias.	90%	100,00%	90%	Calidad
				2. Realizar visitas de acompañamiento en los centros de salud urbanos y rurales al personal asistencial de los servicios de urgencias y de consulta externa durante la prestación del servicio	# de visitas realizadas / # de visitas programadas	Realizar visitas de acompañamiento durante la vigencia conforme a programación en los centros de salud urbanos y rurales al personal asistencial de los servicios de urgencias y de consulta externa durante la prestación del servicio.	90%	90%	90%	Subdirección científica
				3. Realizar socialización y actualización de guias y protocolos al personal asistencial	# guias socializadas /# de guias actualizadas	Realizar actualización y socialización de guias y protocolos al personal asistencial.	100%	100%	100%	Calidad
	Gestión de calidad y Mejora continua		2. Implementar un sistema de gestión de la Calidad acorde con la normatividad vigente y con el direccionamiento estratégico de la E.S.E. VIDASINÚ.	4. Desarrollar acciones que permitan realizar el diagnóstico, seguimiento e implementación y / o sostenibilidad de cada uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	% de cumplimiento del programa anual de auditorias	Desarrollar acciones tales como: Aplicación de listas de chequeo, levantamiento de línea base, Planes de Mejora, que permitan realizar el diagnóstico, seguimiento e implementación y / o sostenibilidad de cada uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	100%	100%	100%	Calidad
				5. Mantener el total cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación de los servicios prestados por la E.S.E.	% de cumplimiento de los estándares de habilitación	Mantener el total cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación de los servicios prestados por la E.S.E.	100%	90%	100%	Calidad
	Gestión de calidad y Mejora continua			6. Alcanzar un promedio de calificación de autoevaluación como mínimo de 2.0 para el periodo 2016-2019 en concordancia con los estandares de la resolucion 123 de 2012	Calificación general de la autoevaluación en acreditación	Alcanzar un promedio de calificación de autoevaluación como mínimo de 2.0 para el periodo 2016-2019 en concordancia con los estandares de la resolucion 123 de 2012	2,0	1,77	1,8	Calidad
				7. Avanzar hacia la acreditación institucional mediante el cumplimiento de las actividades planteadas en la ruta crítica del PAMEC para la vigencia 2016-2019	% de cumplimiento de las acciones del PAMEC para la vigencia	Avanzar hacia la acreditación institucional mediante el cumplimiento de las actividades planteadas en la ruta crítica del PAMEC para la vigencia 2016-2019	90%	92,30%	90%	Calidad
				8. Realizar seguimiento al cumplimiento del 100% de los planes de mejora al final del periodo	% de cumplimiento de los planes de mejora resultado del programa de auditorias	Realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora en cada vigencia.	100%	100%	100%	Calidad

Handwritten signature

		GESTIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA							CÓDIGO: PL-GE-03			
									VERSIÓN: 02			
		PLAN OPERATIVO ANUAL (POA)							FECHA: 16/07/2018			
											Página 1 de 1	
VIGENCIA 2018												
MACROPROCESO	PROCESO	PERSPECTIVA (LINEA ESTRATEGICA)	OBJETIVO ESTRATEGICO	ESTRATEGIAS	INDICADOR	ACTIVIDADES	META	META ACUMULADA	META 2018	AREA RESPONSABLE		
				9. Efectuar seguimiento y análisis de los indicadores mediante la supervisión periódica y reporte ante los entes de control que garantice el sistema de información para la calidad.	% cumplimiento reporte de indicadores	Efectuar seguimiento y análisis de los indicadores mediante la supervisión periódica y reporte ante los entes de control que garantice el sistema de información para la calidad.	100%	100%	100%	Calidad		
DIRECCION	Gestión de Calidad y Mejora Continua	PROCESOS	3. Mejorar la seguridad de la atención prestada en los diferentes servicios mediante el control de los factores que contribuyen a la ocurrencia de fallas en el proceso de atención	10. Capacitar al personal asistencial en temas relacionados con la seguridad del paciente	(# de funcionarios asistenciales capacitados /# total de funcionarios asistenciales)*100%	Capacitar al personal asistencial en temas relacionados con la seguridad del paciente	100%	90%	90%	Subdirección científica y Calidad		
				11. Implementar rondas de seguridad	% de cumplimiento de rondas de seguridad	Implementar rondas de seguridad	100%	100%	100%	Subdirección científica y Calidad		
				12. Mantener operativo el Comité de seguridad del paciente	N° de Comités de seguridad del paciente cada año	Mantener operativo el Comité de seguridad del paciente	12,0	12	12	Subdirección científica y Calidad		
				13. Analizar las fallas de la atención identificadas	(# de fallas en la atención priorizadas analizadas /# Total de fallas en la atención priorizadas de las reportadas)*100%	Analizar las fallas de la atención identificadas	100%	90%	100%	Subdirección científica y Calidad		
	Gestión y Planeación Estratégica		4. Adoptar un modelo de gestión de riesgos que articule con los sistemas estratégicos establecidos en la institución.	14. Fortalecimiento de los procesos organizacionales, haciendo especial énfasis en la gestión del riesgo.	(No. De procesos organizacionales actualizados orientados al modelo de gestión del riesgo/Total de procesos de la entidad)*100	Actualización de los procesos organizacionales, haciendo especial énfasis en la gestión del riesgo.	100%		50%	Gerencia, Subdirección Científica y Subdirección Administrativa y financiera.		
	Gestión de Talento Humano		5. Diseñar e implementar un programa de humanización institucional como factor diferencial del modelo de atención en salud.	15. Fortalecimiento de la calidad y la calidez en la prestación de los servicios a través de un programa de humanización en los servicios de salud	% de cumplimiento de actividades del programa de humanización institucional (Número de actividades ejecutadas/total de actividades programadas)	Fortalecimiento de la calidad y la calidez en la prestación de los servicios a través de un programa de humanización en los servicios de salud	100%	35%	20%	Subdirección científica		
	APOYO		Gestión Ambiental	6. Implementar y hacer seguimiento a las acciones del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRH)	16. Ejecutar reunión del comité administrativo de gestión ambiental de acuerdo a periodicidad establecida en el PGIRH	(No. reuniones ejecutadas / No. reuniones programadas)*100	Ejecutar reunión del comité administrativo de gestión ambiental de acuerdo a periodicidad establecida en el PGIRH	100%	100%	100%	Calidad	
					17. Revisión y actualización anual del PGIRH según aplique, verificando que los procesos se mantienen y que el marco legal se encuentre vigente	PGIRH actualizado	Revisión y actualización anual del PGIRH según aplique, verificando que los procesos se mantienen y que el marco legal se encuentre vigente	100%	100%	100%	Calidad	
18. Programar, ejecutar y hacer seguimiento al plan de capacitaciones de gestión ambiental					(N° de capacitaciones ejecutadas en el periodo / N° de capacitaciones programadas en el periodo)*100	Programar, ejecutar y hacer seguimiento al plan de capacitaciones de gestión ambiental	100%	100%	100%	Calidad		
19. Realizar auditorías internas a la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares en cada sede					N° de Auditorías Internas Realizadas / N° Auditorías Internas Planeadas)*100	Ejecutar plan de auditorías internas a la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares en cada sede.	100%	100%	100%	Calidad		

M. J. J. J.

	GESTIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA							CÓDIGO: PL-GE-03
								VERSIÓN: 02
	PLAN OPERATIVO ANUAL (POA)							FECHA: 16/07/2018
								Página 1 de 1

VIGENCIA 2018										
MACROPROCESO	PROCESO	PERSPECTIVA (LINEA ESTRATEGICA)	OBJETIVO ESTRATEGICO	ESTRATEGIAS	INDICADOR	ACTIVIDADES	META	META ACUMULADA	META 2018	AREA RESPONSABLE
				20. Realizar visita de verificación al gestor externo encargado de la disposición final de los residuos hospitalarios	(N° de Visitas realizadas / N° de Visitas planeadas)*100	Hacer seguimiento a través cronograma de visitas de verificación al gestor externo encargado de la disposición final de residuos hospitalarios.	100%	100%	100%	Calidad
APOYO				21. Realizar seguimiento al reporte oportuno de residuos peligrosos y no peligrosos en el formulario RH1	(N° de inspecciones realizadas / N° de inspecciones planeadas)*100	Hacer plan de inspección a los reportes de residuos peligrosos y no peligrosos consignados en el formulario RH1	100%	100%	100%	Calidad
				22. Calcular los indicadores de gestión asociados al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares. Así mismo realizar el reporte oportuno a las autoridades competentes (Sanitaria y Ambiental)	Calculo de indicadores del PGIRH	Calcular los indicadores de gestión asociados al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares. Así mismo realizar el reporte oportuno a las autoridades competentes (Sanitaria y Ambiental)	100%	100%	100%	Calidad
				23. Realizar el reporte anual de los residuos peligrosos en la plataforma del IDEAM	Realizar el reporte anual oportuno antes del 30 de marzo de cada año, de los residuos peligrosos en la plataforma del IDEAM	Realizar el reporte anual de los residuos peligrosos en la plataforma del IDEAM	100%	100%	100%	Calidad
				7. Implementar las acciones que exija la autoridad ambiental asociados al tramite del manejo de los vertimientos para las sedes Hospital El Amparo, Hospital Santa Clara, Hospital La Gloria, Sucre, Servicios Amigables y Mogambo, de acuerdo al Decreto 3930 de 2010 y Resolución 631 de 2015	24. Implementar las acciones definidas en el Plan de Gestión para el Manejo del vertimiento y aquellos requerimientos que la Autoridad ambiental defina en los permisos de vertimientos según aplique	Seguimiento a la gestión del tramite presentado a la Corporación Autónoma Regional de los Valles del Sinu y San Jorge (CVS). Implementar las acciones de manejo del vertimiento cuando sean aprobadas por la Autoridad Ambiental	100%	50%	50%	Mantenimiento
	Gestión Ambiental	PROCESOS		8. Realizar la gestión de las sedes faltantes para gestionar el permiso de vertimientos ante la autoridad ambiental competente (Camilo Torres, Edmundo Lopez, Dorado, La Candelaria, Rancho Grande, La Granja, Simón Bolívar, Villa Margarita y Villa Cielo), de acuerdo al Decreto 3930 de 2010 y Resolución 631 de 2015	25. Documentar el Plan de Gestión para el Manejo de vertimientos y presentar ante la Autoridad Ambiental	Porcentaje de documentación necesaria presentada para realizar la gestión de los permisos de vertimientos de las sedes faltantes Gestionar la documentación requerida para el trámite de permisos de vertimientos ante la autoridad ambiental de las sedes Camilo Torres, Edmundo Lopez, Dorado, La Candelaria, Rancho Grande, La Granja, Simón Bolívar, Villa Margarita y Villa Cielo)	100%	25%	75%	Calidad
	Gestión Ambiental				26. Documentar e implementar un programa de reciclaje institucional de forma conexas al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares (PGIRHS).	Porcentaje de cumplimiento de actividades de implementación del programa de reciclaje institucional Documentar e implementar un programa de reciclaje institucional de forma conexas al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares (PGIRHS).	100%	100%	100%	Calidad

VIGENCIA 2018										
MACROPROCESO	PROCESO	PERSPECTIVA (LINEA ESTRATEGICA)	OBJETIVO ESTRATEGICO	ESTRATEGIAS	INDICADOR	ACTIVIDADES	META	META ACUMULADA	META 2018	AREA RESPONSABLE
APOYO	Gestión Ambiental	PROCESOS	9. Desarrollar en la E.S.E. VIDASINÚ un programa de reciclaje y de cuidado del medio ambiente	27. Construir una línea de base del volumen de material reciclaje obtenido	Volumen mínimo de material reciclable recogido en las sedes de la E.S.E	Construir una línea de base del volumen de material reciclaje obtenido	1	190K/mes	150k/mes	Calidad
				28. Sensibilizar y brindar al recurso humano sobre la importancia del cuidado del medio ambiente y el positivo impacto que tiene en él realizar acciones de reciclaje.	Porcentaje de cumplimiento de cronograma de actividades de sensibilización y capacitación sobre reciclaje y la importancia del reciclaje al recurso humano de la E.S.E. VIDASINÚ.	Realizary ejecutar cronograma de actividades de sensibilización y capacitación al recurso humano de la entidad sobre la importancia y cuidado del medio ambiente y el positivo impacto que tiene en él realizar acciones de reciclaje.	100%	225%	100%	Calidad
	Gestión de Talento Humano	APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	1. Desarrollo de un manejo integrado de Talento Humano.	1. Terminar el estudio de adecuación y modernización de la planta de personal.	Proyecto de acuerdo de modernizacion de la planta de personal	Adelantar estudio de modernización de la planta de personal con base en los lineamientos del Departamento administrativo de la función pública y la normatividad vigente. -0-	Estudio técnico acorde a la necesidad del servicio	50%	20%	Subdireccion administrativa y financiera y Talento Humano
				2. Garantizar un manejo integrado del talento humano que incluya los componentes de: políticas, selección, formación – capacitación, estímulos, rotación, evaluación del desempeño, salud ocupacional, la administración de cargos y desvinculación.	Ejecucion del Plan Estaregico de talento Humano	Desarrollar las actividades de la gestión del talento humano que se encuentran definidas en el plan estratégico	90% de ejecucion	100%	100%	Subdireccion administrativa y financiera y Talento Humano
				3. Asegurar la idoneidad del talento Humano que ingresa a la Institución.		Ejecutar e implementar el programa de Bienestar social e incentivos		85%	95%	
				4. Reforzar las competencias necesarias para el desempeño de los servidores públicos de la entidad		Ejecutar e implementar el programa de Seguridad y salud en el trabajo		95%	90%	
						Ejecutar e implementar el Plan institucional de capacitación		94%	97%	
				Gestión de las Tic's		2. Desarrollo de un sistema integrado de información	5. Implementar el sistema de información centrado en la historia clínica, para integrar la información asistencial y administrativa, que permita la eficiencia de los procesos al contar con información veraz y oportuna.	% de implementacion y funcionamiento del sistema integrado de información.	Implementar software que permita la integración de la información del área administrativa con el área asistencial.	Sistema integrado de informacion funcionando al 100%
	6. Call Center para la asignación de citas médicas	Call center instalado y operando	Instalación y puesta en marcha de Call Center para la asignación de citas médicas.				100 % de operación	100%	Subdirecion administrativa y financiera y Sistemas.	
							Implementacion de un Sistema de mensajería instantanea, permitiendo la transferencia de archivos, y conversaciones en línea en el area administrativa y asistencial de la institución (spark)			

C. M. G.

	GESTIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		CÓDIGO: PL-GE-03
			VERSIÓN: 02
	PLAN OPERATIVO ANUAL (POA)		FECHA: 16/07/2018
			Página 1 de 1

VIGENCIA 2018										
MACROPROCESO	PROCESO	PERSPECTIVA (LINEA ESTRATEGICA)	OBJETIVO ESTRATEGICO	ESTRATEGIAS	INDICADOR	ACTIVIDADES	META	META ACUMULADA	META 2018	AREA RESPONSABLE
APOYO	Gestión documental y de comunicación	APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	3. Implementación de la estrategia cero papel	7. Implementar herramientas tecnológicas en el sistema de gestión documental de la entidad, enfocado en las nuevas tecnologías, que permita disminuir el uso de papel.	% de implementación de herramientas tecnológicas en el sistema de gestión documental.	Desarrollar una aplicación a nivel web que permita gestionar las diferentes PQRS solicitadas por el usuario, con el fin de minimizar el uso de papel Sensibilizar a través de talleres de capacitación en el uso racional del papel, implementando las diferentes estrategias como: Evitar copias e impresiones innecesarias, lectura y corrección en pantalla, Reutilizar el papel usado por una cara, Conocer el uso correcto de impresoras y fotocopadoras entre otros	100%	0%	50%	Subdirección administrativa y financiera y Sistemas.
	Gestión de las TIC's		4. Fortalecimiento de las comunicaciones y acceso a la información	8. El mejoramiento de la comunicación con la comunidad, usuarios y pacientes con el fortalecimiento y mejora de intranet, página web, gobierno en línea, como estrategia de unión y fidelidad de estos con la ESE.	% Plan estratégico de tecnologías de la información (Número de actividades ejecutadas/total de actividades programadas)	Elaborar, implementar y hacer seguimiento al plan estratégico de tecnologías de la información	Mínimo 90% de ejecución	10%	30%	Subdirección administrativa y financiera y Sistemas.
DIRECCIÓN	Gestión y Planeación Estratégica		5. Desarrollo de proyectos de inversión	9. El desarrollo de nuevos servicios mediante la formulación, evaluación y presentación de proyectos a entidades para la consecución de fuentes de financiación, para su ejecución.	(Número de proyectos aprobados/Total de proyectos presentados en plan bienal)*100	Radical proyectos en plan bienal para gestionar la consecución de fuentes de financiación para su ejecución.	Mínimo el 30% de los proyectos presentados en plan bienal.	20%	10%	Gerencia - Subdirección Científica y Subdirección Administrativa y Financiera.
APOYO	Gestión de recursos físicos			10. Mantenimiento y/o mejoramiento de la infraestructura y Dotación a los hospitales y centros de salud de la zona urbana y rural de equipos y dispositivos médicos para cumplir con los requisitos del sistema único de habilitación y de las estrategias IAMI y AIEPI.	% de dotación a centros de salud	Gestionar el cumplimiento de las condiciones técnico-científicas requeridas para la adecuada prestación del servicio Gestionar la dotación Gestionar el cumplimiento de los mantenimientos preventivos requeridos para la adecuada prestación del servicio	Mayor al 90%	90%	90%	Gerencia - Subdirección Científica y Subdirección Administrativa y Financiera.

ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ
Cargo: Sub administrativa		Cargo: Gerente <i>Nayibe J. Jairo S.</i>	Cargo: Junta Directiva
Lugar y tiempo de Archivo: Oficina Sub Administrativa y Financiera - Cinco (5) años.		Documento Original: Gerencia - Archivo Histórico.	Disposición final: Archivo Histórico.