

PLAN OPERATIVO ANUAL 2022

PROCESO	METAS	ACTIVIDADES	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	RESPONSABLES	PRODUCTO	2022				PONDERACION DE LA META	CUMPLIMIENTO	
							VALOR ESPERADO I	VALOR ESPERADO II	VALOR ESPERADO III	VALOR ESPERADO IV		SI	NO
PLANEACIÓN DE LAS ACCIONES EN SALUD CON HUMILDAD MAS CERCA DE TI	Formulación y ejecución de los POA por dependencia	Mantener Actualizadas mensualmente las bases de datos de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica en el aplicativo web	100% POA por dependencia implementados y ejecutados	Actividades ejecutadas / actividades programadas	LIDERES DE PROCESOS	POA POR DEPENDENCIA		1		1	2		
	Elaboración e implementación de formato de seguimiento a planes y programas operativizados en la ESE	Implementación de procesos de capacitación y formación orientados al mejoramiento de las habilidades y competencias	100 % espacios de análisis Realizados	informe de seguimiento(hallazgos)/planes de mejora(cumplimiento de metas)	Gerente-Auditora de calidad- SIAU	PLANES Y PROGRAMAS IMPLEMENTADOS		1		1	2		
	Actualizar Modelo de Gestión que permita incluir, organizar e implementar programas y servicios que den respuesta a las necesidades de la comunidad de Manaure Cesar	Realizar seguimiento semestral al plan de acción en respuesta a la gestión de programas y servicios que brinden soluciones reales a las necesidades de la comunidad	Mínimo 93% Cumplimiento Planes de Acción	# Acciones Cumplidas/# Acciones Programadas	Gerente-Auditora de calidad- SIAU	Modelo de Gestión ajustado e implementado		1		1	2		
	AJUSTAR POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD QUE PERMITAN REALIZAR SEGUIMIENTO A PLANES Y PROCESOS DEFINIDOS EN EL MANUAL DE CALIDAD APROBADO EN LA ESE	Realizar Seguimiento a los resultados de planes y procesos de calidad planteados mediante la medición de los objetivos y análisis de datos	100% Cumplimiento	No de procesos estandarizados / Total Procesos	Gerente-Auditora de calidad- SIAU	MANUAL DE CALIDAD ELABORADO E IMPLEMENTADO			1	1	2		
	Actualizar el plan de capacitación, programa de inducción y reinducción de la ESE	Organizar del procesos de capacitación y formación orientados al mejoramiento de las habilidades y competencias, ademas actualizar el programa de inducción y reinducción conforme a la normatividad vigente	100% de funcionarios capacitados	Funcionarios capacitados / Total Funcionarios	gerente- o. talento humano - o. calidad	programa de capacitación, inducción y reinducción, actualizados e implementados			1	1	2		
	Gestionar los estándares de acreditación relacionados con gerencia y direccionamiento, para obtener la calificación necesaria para la acreditación	Gestionar al 100% los planes de mejoramiento de acreditación relacionados con gerencia y direccionamiento	100% Cumplimiento	Número de acciones realizadas/Número de acciones programadas	Gerente-Auditora de calidad- SIAU	Matriz Plan de Mejoramiento Acreditación				1	1		
	Lograr un cumplimiento del 93% en los planes de mejora institucional	Gestionar el 100% de acciones plan de mejoramiento institucional pertinentes al proceso	93 % Cumplimiento de Acciones de Mejora	Número Acciones de Mejora Realizadas/ Número Acciones de Mejora Plan de Mejoramiento	Gerente-Auditora de calidad- SIAU	Matriz de Seguimiento Plan de Mejoramiento Institucional				1	1		
TOTAL PROCESO PLANEACIÓN DE LA SALUD CON HUMILDAD MAS CERCA DE TI											12		
MAS CERCA DE TI	Actualizar el instrumento que permitaintegrar los componentes para la gestión del talento humano involucrando los siguientes programas (salud ocupacional, nómina, capacitación, bienestar laboral)	Mantener actualizado el instrumento de administración y gestión del talento humano que integra los componentes del mismo (salud ocupacional, nómina, capacitación, bienestar laboral)	Instrumento Actualizado	Cualitativo	Gestor de Talento Humano	Instrumento de administración y Gestión del talento humano Actualizado	1	1	1	1	4		
	Elaborar e implementar un programa de capacitación que fortalezca las competencias necesarias para la implementación del modelo de atención en salud aprobado en la ESE	Ejecutar el Plan Institucional de Capacitación, fortaleciendo las competencias comportamentales de los funcionarios del Hospital frente al modelo de atención	95 % Cumplimiento	Número de Actividades realizadas/Número de Actividades programadas	Gestor de Talento Humano	Programa de Capacitaciones implementado y ejecutado		2		2	4		

GESTION DEL TALENTO HUMANO	Propiciar un ambiente laboral para el desarrollo integral del talento humano en los aspectos individual, laboral y social para fortalecer el sentido de pertenencia y el compromiso con la institución	Implementar actividades mensuales, semestrales y anuales que generen bienestar y permitan mejorar los niveles de eficiencia, satisfacción y desempeño de los funcionarios en sus labores.	100% de Cumplimiento	Numero acciones Realizadas/Numero acciones Programadas	Gestor de Talento Humano	Actas de Actividades realizadas		1	1	1	3		
	Actualización de datos y documentos anexos de las Hojas de Vida	Hojas de vida de los funcionarios diligenciadas en su totalidad con documentos vigentes y cargadas a la plataforma de SIGEP	100% de HOJAS DE VIDA COMPLETAS	No de H.V. incompletas / Total H.V. evaluadas	Gestor de Talento Humano	HOJAS DE VIDA				2	2		
	Diseñar estrategias que permitan estándares de acreditación relacionados con el talento humano de la ESE	Implementar planes de mejoramiento que conduzcan a estándares de acreditación relacionados con el proceso de Gestión de talento humano	100% de Cumplimiento	Numero acciones Realizadas/Numero acciones Programadas	Gestor de Talento Humano	Planes de mejoramiento Gestión de Talento Humano				1	1		
	Cumplir con los planes de mejoramiento del proceso de Gestión de talento humano	Desarrollar el 100% de las acciones de mejora en el proceso de gestión de talento humano	% Cumplimiento de Acciones de Mejora	Número Acciones de Mejora Realizadas/ Número Acciones de Mejora Plan de Mejoramiento	Gestor de Talento Humano	Planes de mejoramiento y seguimiento				1	1		
TOTAL PROCESO GESTION DEL TALENTO HUMANO											15		
GESTION DE LA INFORMACION MAS CERCA DE TI	Sostenibilidad del posicionamiento del Hospital José Antonio Socarras Sanchez como institución de baja complejidad y líder en Atención Primaria en Salud en el municipio de Manaure Balcón del Cesar y áreas de influencia, mediante estrategias de información, educación y comunicación.	Mantener actualizada la página web, mediante la publicación trimestral de los alcances, frente al Modelo de Atención individuo, familia y comunidad implementado en la ESE	100 % Cumplimiento	Número informaciones publicadas/Número de publicaciones Programadas	sistema	Reporte trimestral		0,5	0,5	1	2		
	Instituir el reconocimiento y legitimidad del modelo de atención de la ESE Hospital José Antonio Socarras Sanchez entre la comunidad de Manaure Balcón del Cesar y sus áreas de influencia	Realizar una audiencia pública de rendición de cuentas en el 2022	100 % Cumplimiento	Audiencia Pública Realizada/Audiencia Pública Programada	Gerente y Equipo de trabajo	Audiencia Publica			3		3		
	Implantar mecanismos de comunicación organizacional en la ESE José Antonio Socarras Sanchez que permitan mantener un vínculo con los clientes tanto interno como externo.	Implementar mecanismo de encuestas de satisfacción aplicadas al cliente interno para conocer sus necesidades, sugerencias frente al direccionamiento institucional	100 % Cumplimiento	Número de Encuestas aplicadas/Número de Encuestas programadas Programadas	Gerencia	Encuestas		0,75	0,75	1,5	3		
		Crear espacios de construcción institucional donde la Gerente interactue con los clientes donde se generen acciones que permitan el mejoramiento continuo para la prestación de los servicios ofertados	100 % Cumplimiento	Número de Espacios de construcción Realizadas/Número de Espacios de construcción Programadas	Gerente, clientes internos y clientes externos	Actas		1,5		1,5	3		
	Gestionar los estándares de acreditación relacionados con Gerencia de la información, para obtener la calificación necesaria para la acreditación	Portafolio de servicios actualizados frente a estándares de habilitación	Portafolio Actualizado	Cualitativo	Gerencia	Portafolio Actualizado		0,75	0,75	1,5	3		
	Cumplir con los planes de mejoramiento del proceso de Gestión de información	Desarrollar el 100% de las acciones de mejora en el proceso de gestión de la información	% Cumplimiento de Acciones de Mejora	Número Acciones de Mejora Realizadas/ Número Acciones de Mejora Plan de Mejoramiento	Gestor de Talento Humano	Planes de mejoramiento y seguimiento				1	1		
	TOTAL PROCESO GESTION DE LA INFORMACION											15	

GESTION FINANCIERA CON HUMILDAD MAS CERCA DE TI	Lograr que anualmente los gastos operacionales de la ESE Hospital José Antonio Socarras Sanchez, se cubran con ingresos provenientes de la venta de servicios de salud	Generar ahorro corriente buscando que los ingresos de la vigencia sean superiores a los compromisos de la vigencia	ahorro corriente generado en la vigencia	Ingresos de la vigencia - compromisos de la vigencia	Jefe de Presupuesto	Indicadores ahorro corriente				4	4		
	Lograr anualmente una proporción igual o superior a 0,70 en el proceso de adquisición de medicamentos y material médico-quirúrgico mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de la Administradora Pública Cooperativa de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos	Mantener procesos de compra electrónica, que permita reducción del gasto en las compras de bienes y servicios, garantizando el 70% de adquisiciones por este medio	% Compras electrónicas	Valor Adquisiciones compra electrónica Material Médico Qx / Valor Total Adquisiciones Medicamentos y Material Médico Qx	Asesor Juridico-Jefe de Presupuesto	Registros de compra en Invitaciones Públicas				2	2		
	Mantener en cero (0) el monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios	Mantener el pago oportuno a colaboradores (los que estén certificados por cumplimiento de actividades)	% colaboradores con pagos al día dentro del mes calendario	Colaboradores con pagos al día dentro de los 30 días del mes/total colaboradores	Jefe de presupuesto	Certificacion Contadora		1	1	2	4		
	Lograr anualmente un equilibrio presupuestal entre los ingresos recaudados y los gastos comprometidos en la ESE Hospital José Antonio Socarras Sanchez.	Lograr al final de la vigencia el equilibrio presupuestal	Equilibrio Preupuestal	Gastos Comprometidos/Ingresos Comprometidos	Jefe de Presupuesto	Informe de ejecucion presupuestal				4	4		
		Elaborar ESFA 01012017 en cumplimiento de las NIIF	ESFA elaborado	Cualitativo	Jefe de Presupuesto	ESFA				1	1		
	Gestionar los estándares de acreditación relacionados con gerencia y direccionamiento, para obtener la calificación necesaria para la acreditación	Realizar seguimiento trimestral a plan de acción 2022	Seguimientos Trimestrales	# de seguimientos realizados/# Seguimientos Programados	Gerente - Jefe de presupuesto	seguimientos plan de accion 2022		0,25	0,25	0,5	1		
	Cumplir con los planes de mejoramiento del proceso de Gerencia y direccionamiento	Desarrollar el 100% de las acciones de mejora en el proceso de Gerencia y direccionamiento	% Cumplimiento de Acciones de Mejora	Número Acciones de Mejora Realizadas/ Número Acciones de Mejora Plan de Mejoramiento	Jefe de Presupuesto	Planes de mejoramiento y seguimiento				1	1		
TOTAL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA											17		
HUMILDAD MAS CERCA DE TI	Alcanzar indicadores de cumplimiento en salud que permitan caminar hacia el mejoramiento continuo de la ESE Hospital José Antonio Socarras Sanchez	Realizar seguimiento mensual al resultado de los indicadores en salud de estricto cumplimiento	90% de cumplimiento	Indicadores trazadores gestionados y evaluados/total indicadores trazadores	Auditora de calidad	Informe de seguimiento a indicadores trazadores en salud		0,5	0,5	1	2		
	La ESE Hospital José Antonio Socarras Sanchez, dará cumplimiento a los indicadores asistenciales establecidos en el Plan de Gestión del Gerente	Identificar y canalizar al 90% de las usuarias del Hospital José Antonio Socarras Sanchez con prueba de embarazo positiva antes de las 12 semanas	90 % de usuarias con prueba de embarazo positiva identificadas y canalizadas	Número de usuarias con prueba de embarazo positiva identificadas y canalizadas/ Número de usuarias con prueba de embarazo positiva	Auditora de calidad-coordinadora PyP	Informe de seguimiento a gestantes		0,5	0,5	1	2		
		Mantener la oportunidad de citas en medicina general a 3 Día o menos de acuerdo a los estándares de calidad.	≤ 3 día	Sumatoria días calendario entre la solicitud de la cita y la fecha para la cual es asignada la cita/Número de citas de consulta médica asignadas	Auditora de calidad-Citas y Admisiones	Informes Circular Única Decreto 2193 de 2004		0,5	0,5	1	2		
		Medir Adherencia de la Guía de Hipertensión Arterial, Crecimiento y Desarrollo	90% de Adherencia a Guías de Atención definidas	Número de HC Auditadas con Adherencia a las Guías/Número de HC Auditadas	Auditora de calidad-coordinadora PyP	Actas de Auditoría		0,5	0,5	1	2		

SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA CON H		Realizar un análisis trimestral del reingreso al servicio de urgencias.	90% de Cumplimiento	Análisis realizados/Análisis programados	Auditora de calidad-coordinadora Urgencias	Informe de análisis-acta de reunión	0,5	0,5	1	2		
	Continuar con las acciones extramurales urbanas y rurales de atención en salud	Implementar programas de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las diferentes unidades de atención	Seguimiento a unidades de atención	# de Unidades de atención operando / Numero de unidades de atención reactivadas	Gerencia	Actas de visita y seguimiento	1,5		1,5	3		
	Conformar un equipo dinamico que promueva acciones educativas dirigidas a la comunidad por zona donde exista la participación de líderes y comunidad en general para disminuir riesgos de enfermar	Elaborar e implementar programa educativo dirigido a la comunidad para disminuir los riesgos a través de conocimientos en prevención de las enfermedades de interes en salud publica	100% de Cumplimiento	Numero de acciones realizadas/Numero de acciones programadas	Coordinadora p y p	Actas y registros de actividades			3	3		
	Gestionar los estándares de acreditación relacionados con gerencia y direccionamiento, para obtener la calificación necesaria para la acreditación	Gestionar al 100% los planes de mejoramiento de acreditación relacionados con cliente asistencial	100% de Cumplimiento	Número de acciones realizadas/Número de acciones programadas.	Auditora de calidad-coordinadora p y p	Planes de Mejoramiento Acreditacion			2	2		
	Lograr un cumplimiento del 100% en los planes de mejora institucional	Gestionar el 100% de acciones plan de mejoramiento institucional pertinentes al proceso	100% Cumplimiento de Acciones de Mejora	Número de Acciones de Mejora Realizadas/ Número de Acciones de Mejora Plan de Mejoramiento	Auditora de calidad-coordinadora p y p	Matriz de Seguimiento Plan de Mejoramiento			1	1		
TOTAL PROCESO SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA										19		
PARTICIPACION SOCIAL Y COMUNITARIA CON HUMILDAD MAS CERCA DE TI	Consolidar escenarios de participación con líderes y comunidad general "La ESE Escucha"	Mantener activa la ASOCIACION DE USUARIOS, mediante planes de acción y reuniones trimestrales de trabajo	Reuniones trimestrales de trabajo para ejecutar planes de acción	Número de reuniones realizadas con laAsociación de Usuarios 2022/Número de reuniones programadas en el plan de acción de la Asociación 2022	Gerente	Actas de reunión	0,5	0,5	1	2		
	Promover la gestión comunitaria para la disminución de barreras de acceso de la población beneficiaria de la ESE Hospital Sjosé Antonio Socarras Sanchez	Mantener una sesión mensual de la Asociación de Usuarios, para trabajar temas de disminución de barreras de acceso	90% Sesiones Realizadas	# Sesiones Realizadas/ # Sesiones Programadas	Coordinador SIAU	Actas Asociación de Usuarios	0,25	0,25	0,5	1		
	Gestionar los estándares de acreditación relacionados con gerencia, gerencia de la información y proceso de atención del cliente asistencial, necesario para la acreditación.	Gestionar al 100% los planes de mejoramiento de acreditación relacionados con cliente asistencial, atención al usuario	100% de Cumplimiento	Número de acciones realizadas/Número de acciones programadas	Coordinador SIAU	Planes de Mejoramiento Acreditacion			1	1		
	Lograr un cumplimiento del 100% en los planes de mejora institucional	Gestionar el 100% de acciones plan de mejoramiento institucional pertinentes al proceso	100% Cumplimiento de Acciones de Mejora	Número de Acciones de Mejora Realizadas/ Número de Acciones de Mejora Plan de Mejoramiento	Coordinador SIAU	Matriz de Seguimiento Plan de Mejoramiento			1	1		
TOTAL PROCESO PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA CON HUMILDAD MAS CERCA DE TI										5		
	Posicionamiento político del modelo de atención en salud centrado en la persona, familia y comunidad implementado por el Hospital José Antonio Socarras Sanchez en los diferentes espacios de gestión y decisión de la comunidad	Socializar con la Junta Directiva de la ESE el modelo de atención dispuesto por la ESE que permita el abordaje de los factores condicionantes que afectan la salud de los manaureros	Documento presentado	Presentación de documento tecnico a la junta directiva que incluya las prioridades de salud del municipio	Gerencia	Acta de reunión y documento presentado		2		2		

INTERSECTORIALIDAD	Consolidar escenarios de análisis y discusión de participación comunitaria que permita la identificación de acciones que requieran posicionamiento a nivel municipal	Participar activamente dentro de los encuentros ciudadanos con el fin de posicionar las prioridades en salud	85% Cumplimiento	Numero de espacios con participación del hospital en las mesas técnicas relacionadas con salud/ Numero de espacios programados relacionados con salud	Gerencia	Actas de Reunión		1		1	2		
	Consolidar un proceso de gestión de respuestas efectivas a las necesidades y demandas comunitarias frente a la prestación de los servicios ofertados	Entregar el documento Diagnóstico municipal de los espacios de participación de la ESE, con base en las necesidades para su intervención	Documento socializado	Cualitativo	Vigilancia Salud Pública	Dx de salud municipal			2		2		
	Disminuir factores condicionantes de enfermar en la comunidad del municipio de Manaure Balcón del Cesar.	Operativización de los programas priorizados del modelo de atención individuo, familia y comunidad desarrollado en la ESE	Programas operando	Número de programas operando/Número de programas priorizados	coordinador pyp	Actas de seguimiento a cada programa		0,5	0,5	1	2		
	Gestionar los estándares de acreditación relacionados con gerencia y direccionamiento, necesario para la acreditación	Gestionar el 100% del plan de mejoramiento de Acreditación institucional relacionados con gerencia y direccionamiento	% Cumplimiento de Acciones de Mejora	Número de Acciones de Mejora Realizadas/ Número de Acciones de Mejora Plan de Mejoramiento	Auditora de calidad	Matriz de Seguimiento Plan de Mejoramiento				1	1		
TOTAL PROCESO INTERSECTORIALIDAD											9		
SEGUIMIENTO, CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO CON HUMILDAD MAS CERCADE TI	Gestionar los estándares de acreditación relacionados con mejoramiento de la calidad, necesario para la acreditación.	Realizar Seguimiento trimestral al cumplimiento de los planes de mejora de los estándares de acreditación	100 % de cumplimiento del plan de acción	Actividades realizadas en el periodo/actividades programadas en el periodo	Auditora de calidad	Plan de Acción con Seguimiento		0,75		0,75	1,5		
	Implementar una estrategia para la promoción y apropiación de una cultura de autocontrol	Ejecutar las actividades establecidas en el plan de acción de la estrategia de autocontrol del hospital	100 % de cumplimiento de actividades de la estrategia de autocontrol	Actividades realizadas en el periodo/actividades programadas en el periodo	Auditora de calidad	Acción con Seguimiento		0,5	0,5	1	2		
	Realizar seguimiento al cumplimiento del 100% de los planes de mejora al final del periodo.	Realizar Seguimiento trimestral al cumplimiento del plan de mejora institucional	100 % de cumplimiento del programa de auditorías	Actividades realizadas en el periodo/actividades programadas en el periodo	Auditora de calidad- Control interno	Informes de Auditoría		0,5	0,5	1	2		
	Lograr el cumplimiento del plan de auditorías institucionales programado	Definir y aprobar el programa de auditoría	Programa de Auditoría Definido	Cualitativo	Auditora de calidad- Control Interno	Matriz del Programa de Auditorías				0,5	0,5		
Desarrollar el programa de auditoría		100 %Desarrollo programa de auditorías	Número Auditorías Realizadas/Número Auditorías Programadas	Auditora de calidad- Control de calidad	Matriz de Seguimiento al Programa de Auditoría		0,5	0,5	1	2			
TOTAL PROCESO SEGUIMIENTO, CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO											8		