



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración:  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1


Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación Unidad: Subgerencia de Planificación


Plan o Proyecto a Evaluar: Plan de Acción Indicador Número 1  
Responsable: Mariana Cardona  
Firma del Responsable:

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Metas o Actividades a Evaluar				Cumplido	
			1er Trím	Explicación	Resultados Obtenidos en el Trimestre	Explicación		
1	Elaborar y socializar el cronograma de reuniones para las autoevaluaciones	Número de cronograma elaborado y socializado/Número de cronograma a elaborar y socializar	1/1 (100%)	Se adjunta cronograma, las evidencias de las entregas a los líderes de cada grupo de estándares están en la carpeta de PAMEC 140-03-03	2do Explicación	3er Explicación	4to Explicación	si
2	Ejecutar el cronograma de reuniones de autoevaluación	Número de actividades ejecutadas del cronograma/Número de actividades programadas en el cronograma	16/16 (100%)	Aunque se programaron en total 22 jornadas, para la elaboración de la autoevaluación durante el primer trimestre de adicionales se ejecutaron en total 19 reuniones. Las evidencias reposan en las carpetas de PAMEC en las oficinas de Calidad	2do Explicación	3er Explicación	4to Explicación	si
3	Consolidar el documento final	Número de autoevaluaciones realizadas/ Número de autoevaluaciones programadas	8/8 (100%)	Se realizaron las autoevaluaciones de los siguientes grupos de estándares: Clínico - Asistencial, IPS en Red, Gerencia, Direccionamiento, Ambiente Físico, Talento Humano, Sistema de Información, Tecnología.	2do Explicación	3er Explicación	4to Explicación	si
4	Generar el informe final que consolide el documento de evaluación con vigencia 2015	Número de informes generados/Número de informe por generar	1/1 (100%)	Se adjunta el informe elaborado como soporte del informe de gestión del gerente vigencia 2014	2do Explicación	3er Explicación	4to Explicación	si

¿Se requiere la elaboración de Plan de no Actividades que requieren Plan de

Elaboró: Planeación Revisó: Comité de Archivo Aprobó: Gerente

 <p><b>Red Salud Armenia</b> La red que cuida de ti</p>	<p><b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>ARMENIA QUINDIO</b> NIT: 801001440-8</p>	<p>Código: E-PL-004</p>
	<p>Versión: 2</p>	<p>Fecha de elaboración: 03/03/2013</p>
	<p>Fecha de revisión: 28/03/2014</p>	<p>Página : 1 de 1</p>
	<p>Seguimiento y evaluación a la <b>Unidad Administrativa:</b> Subgerencia de Planificación Institucional</p>	
	<p>Plan de Proyecto a Evaluar</p>	

<p>Plan de Proyecto a Evaluar</p>	<p>Plan de Acción Indicador 2 "Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud"</p>
<p>Responsable</p>	<p>MARIANA CARDONA-Líder proceso de Calidad</p> <p>Firma del Responsable</p> 

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Metas o Actividades a Evaluar				Cumplimiento
			1er	2do	3er	4to	
1	Realizar acompañamiento en la priorización de las oportunidades de mejoramiento producto de la autoevaluación cualitativa de los estándares de acreditación (vigencia 2014)	Número de oportunidades de mejoramiento prioritizadas / 460 Número total de oportunidades de mejoramiento por priorizar de = 100%	Se realizó la tabla de priorización (costo-volumen-riesgo) a cada una de las oportunidades de mejoramiento generadas en la autoevaluación				si



Red Salud Armenia  
LA RED SALUD ARMENTIA

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8**

Código: E-PL-004

Versión: 2

Fecha de elaboración: 03/03/2013

Fecha de revisión: 28/03/2014

Página: 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

2	Elaborar en conjunto con los equipos de trabajo los planes de acción para ejecución en el 2015, con el respectivo cronograma de ejecución basados en las oportunidades de mejoramiento priorizados	Número de planes de mejoramiento realizados/ Número total de planes de mejoramiento por realizar 9/9= 100%	se elaboraron nueve planes de mejoramiento, uno por cada equipo de autoevaluación					si
3	Realizar seguimiento bimensual a la ejecución de los planes de auditoría para el mejoramiento de la calidad	Número de seguimientos realizados/Número total de seguimientos a realizar NA	Esta actividad se inicia en el mes de agosto NA	Esta actividad se inicia en el mes de agosto 1/3= 33%	Se llevo a cabo el primer seguimiento en agosto del presente año. 4/4= 100%		Se realizaron en total 4 seguimientos: - a 31 de julio (completo 15%, en desarrollo 17%, atrasado 9%, no iniciado 60%) - a 30 de Septiembre (completo 36%, en desarrollo 25%, atrasado 20%, no iniciado 19%), - a 30 de noviembre (completo 73%, en desarrollo 12%, atrasado 13%, no iniciado 2%) - y a 22 de Diciembre este último seguimiento se extendió hasta el día 31 de diciembre, (completo 87%, en desarrollo 6%, atrasado 7%, no iniciado 0%) fecha en la cual se obtuvo un cumplimiento general del 87%	si



Red Salud Armenia  
 LE TOCA QUE CUIDA CADA UNO

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
 ARMENIA QUINDIO  
 NIT: 801001440-8**

Código: E-PL-004

Versión: 2

Fecha de elaboración: 03/03/2013

Fecha de revisión: 28/03/2014

Página: 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

4	Plantear acciones correctivas en caso de encontrar desviaciones de los procesos o no cumplimiento de acciones de mejoramiento propuestas en el PAMEC	Número de acciones correctivas de planteadas/ Número total de acciones con detectadas en los desviación en los respectivos seguimientos NA	Esta actividad se inicia en el mes de agosto NA	Esta actividad se inicia en el mes de agosto NA	Se encontraron desviaciones y se levantaron los respectivos planes de mejoramiento, de ambiente físico, ips en red, asistencial, tecnología de 3/3= 100%	Al cierre del cuarto seguimiento se solicitó la suscripción de planes de mejoramiento a los PAMEC de Clínico Asistencial Ambiente Físico Tecnología si	
5	Certificado de la Oficina de Calidad sobre cumplimiento de los Planes de Mejoramiento con enfoque en Acreditación	NA	Este certificado se emite en el mes de enero de 2016 NA	Este certificado se emite en el mes de enero de 2016 NA	este certificado se emite en el mes de enero de 2016 NA	Se adjunta el respectivo certificado si	

¿Se requiere la elaboración de Plan de Actividades que no

Elaboró: Planeación Revisó: Comité de Archivo Aprobó: Gerente



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004

Versión: 2

Fecha de elaboración: 03/03/2013

Fecha de revisión: 28/03/2014

Página: 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar Responsable: Gloria Amparo Hurtado Hurtado Plan de Acción Indicador 3ro "Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional" Firma del Responsable: *Gloria Amparo Hurtado*

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplio			
			1er Trim.	Explicación	2do Trim	Explicación		3er Trim	Explicación	4to Trim
1	Actividad: Elaboración del Plan de Desarrollo para la vigencia 2015 Meta: Plan de Desarrollo	Porcentaje del Plan de Desarrollo Elaborado/ Porcentaje del Plan de Desarrollo a elaborar	100%	Se trabajó con cada uno de los líderes de proceso la matriz de Plan de Desarrollo entre los meses de Noviembre y Diciembre de 2014						SI
2	Actividad: Socialización del Plan de Desarrollo a la Alta Dirección para su aprobación y/o modificaciones Meta: 1 reunión de socialización	N° de reuniones de socialización realizadas con la alta dirección/ N° de reuniones desarrolladas con la alta dirección	100%	Los POA fueron presentados para su aprobación al Comité Institucional de Desarrollo Administrativo el 17 de Diciembre de 2014, como consta en el acta No. 10						SI

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación	Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional
---	---

Plan o Proyecto a Evaluar Responsable	Firma del Responsable
Gloria Amparo Hurtado Hurtado	

		Metas o Actividades a Evaluar				Cumplio				
		Resultados Obtenidos en el Trimestre								
No.	Actividad o Meta	Indicadores	1er Trim	Explicación	2do Trim	Explicación	3er Trim	Explicación	4to Trim	Explicación
3	Actividad: Elaboración del Proyecto de Acuerdo del Plan de Desarrollo para Red Salud Armenia para el año 2015 Meta: Proyecto de Acuerdo del Plan de Desarrollo para Red Salud Armenia para el año 2015	N° de proyecto de acuerdo elaborado/ N° de proyecto de acuerdo a elaborar	100%	Se elaboró proyecto de acuerdo "Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo vigencia 2015 para Red Salud Armenia E.S.E." sin embargo por error en el orden del día no quedó aprobado en la Junta del mes de Marzo	100%	El Plan de Desarrollo con sus respectivos POA fue aprobado para la vigencia 2015, a través de Acuerdo de Junta Directiva No. 002 del 24 de Julio de 2015				SI
4	Actividad: Elaborar los Planes Operativos Anuales para desplegar en la institución las metas contempladas en el Plan de Desarrollo Meta: 100% de Planes Operativos Anuales elaborados	Porcentaje de Planes Operativos Anuales elaborados/ Porcentaje de Planes Operativos Anuales a elaborar	100%	Se trabajó con cada uno de los líderes de proceso la matriz de Plan de Desarrollo y sus respectivos POA antes de finalizar la vigencia 2014, como consta en las listas de asistencia						SI



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004

Versión: 2

Fecha de elaboración: 03/03/2013

Fecha de revisión: 28/03/2014

Página: 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar: Plan de Acción Indicador 3ro "Gestión de ejecución del plan de desarrollo insitucional"  
Responsable: Gloria Amparo Hurtado Hurtado Firma del Responsable

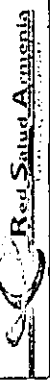
No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplio
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim	
5	Actividad: Realizar el seguimiento a los POA Meta: 100% de POA con seguimiento	Porcentaje de Programas, Proyectos y POA con seguimiento/ Porcentaje de Programas, Proyectos y POA a realizar seguimiento	100%	100%	100%	100%	SI
6	Actividad: Informe de Planeación Meta: Elaborar un informe sobre el cumplimiento del Plan de Desarrollo y los POA	Número de informes presentados/ Total de informes programados a presentar	100%	100%	100%	100%	SI

¿Se requiere la elaboración de Plan de Mejoramiento? Actividades que requieren Plan de Mejoramiento

Elaboró: Planeación Revisó: Comité de Archivo Aprobó: Gerente

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1



Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación      Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar: Plan de Acción Indicador 4° " Información categorizada al Ministerio de Salud y Protección social, RIESGO ALTO"  
Responsable: Gloria Inés Arias Gallego      Firma del Responsable: *[Firma]*


No.	Actividad o Meta	Indicadores	Metas o Actividades a Evaluar				Cumplimiento
			Resultados Obtenidos en el Trimestre				
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim	
1	1 reunión de socialización	Número de reuniones realizadas/ Número de reuniones programadas	100%				Si
2	Realizar el 100% de las actividades y metas determinadas en el Programa de Saneamiento fiscal y Financiero	Número de actividades y/o metas ejecutadas en el trimestre/ Número de actividades y/o metas establecidas para el trimestre	100%	100%	100%	100%	Si
3	Depuración del 100% de la cartera mayor a 360 días	Número de conciliaciones de usuarios realizadas/ Número total de contratos de captación	100%	100%	100%	100%	Si



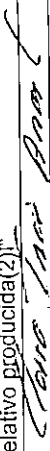
4	Evento: Rotación de cartera a 90 días Capita: Rotación de cartera a 30 días	Número de conciliaciones realizadas mensuales/Total de conciliaciones por capita	100%	Las conciliaciones por cápita se realizan a la terminación de la vigencia de cada uno de los contratos, donde se verifican los usuarios facturados y por los cuales las EPS, recibieron los recursos y el cumplimiento de las actividades y metas de los contratos de Py D	100%	Las conciliaciones por cápita se realizan a la terminación de la vigencia de cada uno de los contratos, donde se verifican los usuarios facturados y por los cuales las EPS, recibieron los recursos y el cumplimiento de las actividades y metas de los contratos de Py D	100%	Las conciliaciones por cápita se realizan a la terminación de la vigencia de cada uno de los contratos, donde se verifican los usuarios facturados y por los cuales las EPS, recibieron los recursos y el cumplimiento de las actividades y metas de los contratos de Py D	SI
5	5% de glosa	Número de glosas gestionadas/ Número de glosas recibidas	100%	El porcentaje de glosas se mantiene dentro del estándar establecido.	100%	El porcentaje de glosas se mantiene dentro del estándar establecido.	100%	El porcentaje de glosas se mantiene dentro del estándar establecido.	SI
6	Reconocimiento del 100% de las facturas generadas Recaudo del 90% de las facturas reconocidas	Valor recaudado/Valor total facturado	83%	El comportamiento de las facturas cobradas frente al recaudo en promedio a presentado un comportamiento similar en cada trimestre	82%	El comportamiento de las facturas cobradas frente al recaudo en promedio a presentado un comportamiento similar en cada trimestre	83%	El comportamiento de las facturas cobradas frente al recaudo en promedio a presentado un comportamiento similar en cada trimestre	SI
7	Comité con el 100% de funciones asignadas	Comité operativo/Comité programado por desarrollar	100%	De acuerdo a las funciones asignadas al Comité de Saneamiento Fiscal y Financiero, se vienen realizando mensualmente las reuniones de seguimiento.	100%	De acuerdo a las funciones asignadas al Comité de Saneamiento Fiscal y Financiero, se vienen realizando mensualmente las reuniones de seguimiento.	100%	De acuerdo a las funciones asignadas al Comité de Saneamiento Fiscal y Financiero, se vienen realizando mensualmente las reuniones de seguimiento.	SI

¿Se requiere la elaboración de Plan de Mejoramiento?      Actividades que requieren Plan de Mejoramiento

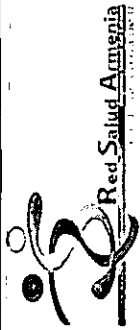
Elaboró: Planeación      Revisó: Comité de Archivo      Apróbó: Gerente

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>ARMENIA QUINDIO</b> NIT: 801001440-8		Código: E-PL-004
			Versión: 2
			Fecha de elaboración: 03/03/2013
			Fecha de revisión: 28/03/2014
			Página : 1 de 1

Nombre del Documento:	Seguimiento y evaluación a la Planificación	Unidad Administrativa:	Subgerencia de Planificación Institucional
-----------------------	---	------------------------	--

Plan o Proyecto a Evaluar Responsable	Plan de Acción Indicador 5º "Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida(2)"]" Gloria Inés Arias Gallego	Firma del Responsable 
--	--	--

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Metas o Actividades a Evaluar				Cumplio		
			Resultados Obtenidos en el Trimestre						
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim			
1	Un informe elaborado	Número de Informes elaborados/ Número de Informes a elaborar	100%	Se elaboró informe, de acuerdo a lo programado	100%				SI
2	Un informe mensual de ejecución presupuestal	Número de Informes elaborados/ Número de Informes a elaborar	100%	Mensualmente se elabora este informe de ejecución de ingresos y gastos.	100%	Mensualmente se elabora este informe de ejecución de ingresos y gastos.	100%	Mensualmente se elabora este informe de ejecución de ingresos y gastos.	SI
3	Dos informes mensuales, de ingresos y de cartera	Número de informes recibidos/ Número de informes proyectados a recibir	100%	Mensualmente se elabora el informe de ingresos y el estado de cartera.	100%	Mensualmente se elabora el informe de ingresos y el estado de cartera.	100%	Mensualmente se elabora el informe de ingresos y el estado de cartera.	SI
4	Un informe mensual de cuentas por pagar	Número de informes recibidos/ Número de informes proyectados a recibir	100%	Mensualmente se realiza revisión y cruce de cuentas por pagar entre las áreas de presupuesto y contabilidad.	100%	Mensualmente se realiza revisión y cruce de cuentas por pagar entre las áreas de presupuesto y contabilidad.	100%	Mensualmente se realiza revisión y cruce de cuentas por pagar entre las áreas de presupuesto y contabilidad.	SI



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1

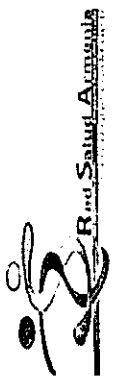
Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación      Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar      Plan de Acción Indicador 5° "Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida(2)l"  
Responsable      Gloria Inés Arias Gallego      Firma del Responsable

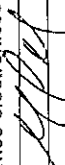
No.	Actividad o Meta	Indicadores	Metas o Actividades a Evaluar				Cumplido	
			Resultados Obtenidos en el Trimestre					
			1er Trím	2do Trím	3er Trím	4to Trím	Explicación	
5	UVR consultada informe SIHO 2014 Ministerio de Salud (2193)	Valor UVR 2014	100%					SI
6	Ficha Técnica Generada	Número de ficha generada/Número de ficha técnica proyectada	100%					SI
7	Un informe elaborado	Número de Informes elaborados/ Número de Informes a elaborar	100%					SI

¿Se requiere la elaboración de Plan de Mejoramiento?      Actividades que requieren Plan de Mejoramiento

Elaboró: Planeación      Revisó: Comité de Archivo      Aprobó: Gerente

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>ARMENIA QUINDIO</b> NIT: 801001440-8	Código: E-PL-004
		Versión: 2
		Fecha de elaboración: 03/03/2013
		Fecha de revisión: 28/03/2014
		Página : 1 de 1

Nombre del Documento:	Seguimiento y evaluación a la Planificación	Unidad Administrativa:	Subgerencia de Planificación Institucional
-----------------------	---	------------------------	--

Plan o Proyecto a Evaluar	Plan de Acción Indicador 6 "Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos"
Responsable	MARIA DEL PILAR MOLINA OSORIO 

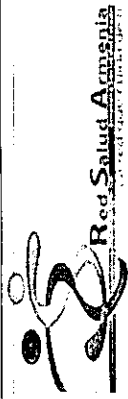
No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplio
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim	
1	Un Plan de Compras de Productos Farmacéuticos y Material Médico Quirúrgico para el año 2015 revisado	Número de Plan de Compras aprobados para la adquisición de productos farmacéuticos y material médico quirúrgico/Número de Plan de Compras proyectados para la adquisición de productos farmacéuticos y material médico quirúrgico	100%	N/A	N/A	N/A	Se realizo en el primer trimestre.
2	Comprar el 70% de Productos farmacéuticos determinados en el Plan de Compras a Cooperativas	Valor de adquisición de productos farmacéuticos con cooperativas/ Valor total de la adquisición de productos farmacéuticos	100%	100%	100%	100%	En este trimestre el porcentaje de compras a Cooperativas fue del 81,59%
							En este trimestre el porcentaje de compras a Cooperativas fue del 74,00%
							En este trimestre el porcentaje de compras a Cooperativas fue del 60,73%
							En este trimestre el porcentaje de compras a Cooperativas fue del 67,21%

3	Enviar un informe trimestral de las compras y ventas de medicamentos al SISMED	Número de informes enviados al SISMED en el trimestre/Número de informes programados a enviar al SISMED en el trimestre	100%	En este trimestre este informe fue cargado en la plataforma del SISMED el día 12 de enero de 2016, el cual fue cargado y procesado con éxito, evidencia correo electrónico.	100%	En este trimestre este informe fue cargado en la plataforma del SISMED el día 08 de octubre de 2015, el cual fue cargado y procesado con éxito, evidencia correo electrónico.	100%	En este trimestre este informe fue cargado en la plataforma del SISMED el día 02 de Julio de 2015, el cual fue cargado y procesado con éxito, evidencia correo electrónico.	100%	En este trimestre este informe fue cargado en la plataforma del SISMED el día 13 de Abril de 2015, el cual fue cargado y procesado con éxito	100%	En este trimestre este informe fue cargado en la plataforma del SISMED el día 13 de Abril de 2015, el cual fue cargado y procesado con éxito	100%	En este trimestre este informe fue cargado en la plataforma del SISMED el día 13 de Abril de 2015, el cual fue cargado y procesado con éxito	100%	En este trimestre este informe fue cargado en la plataforma del SISMED el día 13 de Abril de 2015, el cual fue cargado y procesado con éxito
4	3 reuniones del comité de Farmacia y Terapéutica en el trimestre	Número de reuniones realizadas en el trimestre/Número de reuniones programados en el trimestre	100%	Durante este periodo los comités de Farmacia y Terapéutica fueron realizados: El 14 de Octubre, 18 de Noviembre y el 11 de Diciembre.	100%	Durante este periodo los comités de Farmacia y Terapéutica fueron realizados: El 15 de Julio, 16 de septiembre se realizo el comité de Agosto y Septiembre.	100%	Durante este periodo los comités de Farmacia y Terapéutica fueron realizados: El 15 de Abril, 13 de Mayo y 10 de Junio, según programación.	100%	Durante este periodo los comités de Farmacia y Terapéutica fueron realizados: En enero 28 se realizo comite sin contar con quorum pero se realiza nuevamente el día 11 de febrero. el día 04 de marzo se realiza comite de febrero de 2015 y nuevamente se realiza el día 11 de marzo.	100%	Durante este periodo los comités de Farmacia y Terapéutica fueron realizados: El 15 de Abril, 13 de Mayo y 10 de Junio, según programación.	100%	Durante este periodo los comités de Farmacia y Terapéutica fueron realizados: El 15 de Abril, 13 de Mayo y 10 de Junio, según programación.	100%	Durante este periodo los comités de Farmacia y Terapéutica fueron realizados: El 15 de Abril, 13 de Mayo y 10 de Junio, según programación.
5	3 reuniones del comité de Tecnovigilancia en el trimestre	Número de reuniones realizadas en el trimestre/Número de reuniones programados en el trimestre	100%	Durante este periodo los comités de Tecnovigilancia fueron realizados el 28 de Octubre, 30 de Noviembre y el 18 de Diciembre.	100%	Durante este periodo los comités de Tecnovigilancia fueron realizados el 24 de Julio, 29 de septiembre se realizo el comité de agosto y de septiembre.	100%	Durante este periodo los comités de Tecnovigilancia fueron realizados el 15 de abril, 29 de Mayo y 26 de Junio.	100%	Durante este periodo los comités de Tecnovigilancia fueron realizados el 24 de marzo (en abril se realizo comités atrasados el 08 abril y el 15 de abril)	100%	Durante este periodo los comités de Tecnovigilancia fueron realizados el 24 de Julio, 29 de septiembre se realizo el comité de agosto y de septiembre.	100%	Durante este periodo los comités de Tecnovigilancia fueron realizados el 24 de Julio, 29 de septiembre se realizo el comité de agosto y de septiembre.	100%	Durante este periodo los comités de Tecnovigilancia fueron realizados el 28 de Octubre, 30 de Noviembre y el 18 de Diciembre.

6	<p>Enviar un informe trimestral de movimientos de medicamentos de control especial al fondo rotatorio de Estuperficientes del Quindío.</p> <p>NOTA: SON TRES INFORMES TRIMESTRALMENTE.</p>	<p>Número de informes enviados al Fondo Rotatorio en el trimestre/Número de informes programados a enviar al Fondo Rotatorio en el trimestre</p>	100%	<p>Este informe se realiza de manera mensual y durante el trimestre se enviaron en las siguientes fechas: el 06 de enero se envió el informe de movimientos de medicamentos de control especial correspondiente al mes de diciembre de 2014, el 06 de febrero se envió el de enero de 2015 y el de 05 marzo se envió el de febrero de 2015</p>	100%	<p>Este informe se realiza de manera mensual y durante el trimestre se enviaron en las siguientes fechas: el 04 de Mayo se envió el informe de movimientos de medicamentos de control especial correspondiente al mes de Abril de 2015, el 02 de Junio se envió el de Mayo de 2015 y el 02 Julio se envió el de Junio de 2015</p>	100%	<p>Este informe se realiza de manera mensual y durante el trimestre se enviaron en las siguientes fechas: el 02 de Julio se envió el informe de movimientos de medicamentos de control especial correspondiente al mes de Junio de 2015, el 04 de Agosto se envió el de Julio de 2015 y el 04 Septiembre se envió el de Agosto de 2015</p>	100%	<p>Este informe se realiza de manera mensual y durante el trimestre se enviaron en las siguientes fechas: el informe del mes de septiembre se envió el 06 de octubre, el informe de octubre se envió el 04 de Noviembre, el informe de noviembre se envió el 01 de Diciembre y el informe de Diciembre el 07 de enero de 2016</p>
7	Proyección realizada	Presupuesto proyectado/ presupuesto aprobado	N/A	Esta actividad se realiza en el último trimestre de 2015	N/A	Esta actividad se realiza en el último trimestre de 2015	100%	Presupuesto proyectado/ presupuesto aprobado		
8	Informe realizado	Número de informes firmado por el Revisor Fiscal/ Total de informes a presentar	N/A	Esta actividad se realiza en el último trimestre de 2015	N/A	Esta actividad se realiza en el último trimestre de 2015	100%	Se presentaron 4 informes revisados por la Revisora Fiscal.		

¿Se requiere la elaboración de Plan de Mejoramiento?      Actividades que requieren Plan de Mejoramiento

Elaboró: Planeación      Revisó: Comité de Archivo      Aprobó: Gerente



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004

Versión: 2

Fecha de elaboración: 03/03/2013

Fecha de revisión: 28/03/2014

Página : 1 de 1

Nombre del Documento:	Seguimiento y evaluación a la Planificación	Unidad Administrativa:	Subgerencia de Planificación Institucional
-----------------------	---	------------------------	--

Plan o Proyecto a Evaluar	Plan de Acción Indicador 7° "Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior"
Responsable	Gloria Inés Arias Gallego <i>[Firma]</i>

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplio		
			1er Trím	2do Trím	3er Trím	4to Trím			
1	Informe elaborado	Número de informes elaborados/ Número de informes a elaborar	100%	Informe elaborado				SI	
2	Pagos realizados	Monto cancelado de deuda superior a 30 días por concepto de salario y contratación de servicios/ Monto de deuda superior a 30 días por concepto de salarios y contratación de servicios	100%	Los pagos por concepto de salarios y contratación de servicios son cancelados antes de los 30 días siguientes a la causación.	100%	Los pagos por concepto de salarios y contratación de servicios son cancelados antes de los 30 días siguientes a la causación.	100%	Los pagos por concepto de salarios y contratación de servicios son cancelados antes de los 30 días siguientes a la causación.	SI
3	Certificado	Número de certificados expedidos / Número de certificados programados	100%	Se cuenta con certificado expedido por Revisor Fiscal					SI

¿Se requiere la elaboración de Plan de Mejoramiento?	Actividades que requieren Plan de Mejoramiento
--	--

Elaboró: Planeación	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Gerente
---------------------	---------------------------	-----------------



CL-9-PL-004

Versión: 1

Fecha de elaboración: 03/03/2013

Fecha de revisión: 02/08/2013

Página: 1 de 1

Nombre del Documento: Formato Plan de Acción

Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar

Responsable: *Roberto Loza*

Sistemas de Información

		Metas o Actividades a Evaluar				Resultados Obtenidos en el Trimestre		Cumplimiento	
		1	2	3	4	Explicación	Explicación		
I	Numero de Archivos Planos Generados / Número de Entidades *100	100	100	100	100	Cumple. Se generaron Rips de 367 entidades. Se debe cumplir con el 100% ya que los Rips son el soporte de las cuentas de cobro de la entidad	Cumple. Se generaron Rips (Archivos Planos) de 343 entidades. Se debe cumplir con el 100% ya que los Rips son el soporte de las cuentas de cobro de la entidad		
II	Total Archivos Validados / Total Archivos Generados * 100	100	100	100	100	Cumple. La información generada se pasa por dos validadores (Ministerio de Protección y Sitis) deben ir validados en su totalidad se Validaron 3137 archivos.	Cumple. La información generada se pasa por dos validadores (Ministerio de Protección y Sitis) deben ir validados en su totalidad se Validaron 3252 archivos.		
III	Total Archivos Consolidados / Total Archivos Generados * 100	100	100	100	100	Cumple. Para entregar los informes se necesita que toda la información este consolidada. Se consolidaron 3137 archivos.	Cumple. Para entregar los informes se necesita que toda la información este consolidada. Se consolidaron 3252 archivos.		
IV	Informes Entregados	172	161	138	130	Cumple. El Departamento de Información y Registro, genera informes y se entregan a las diferentes subdirecciones, y a quien lo requiera, además se cumple con el informe trimestral del 2193 y de la Resolución 4505.	Cumple. El Departamento de Información y Registro, genera informes y se entregan a las diferentes subdirecciones, y a quien lo requiera, además se cumple con el informe trimestral del 2193 y de la Resolución 4505.		
V	Informes Entregados a Junta directiva	1	1	1	1	Cumple	Cumple		

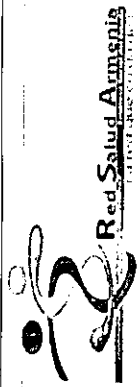
¿Se requiere la elaboración de Plan de Mejoramiento? Actividades que requieren Plan de Mejoramiento

Elaboró: Planeación

Revisó: Comité de Gestión Documental

Aprobó: Gerente





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página : 1 de 1

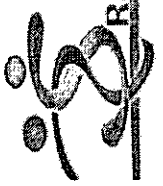
Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación      Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar: Plan de Acción Indicador 9° "Resultado equilibrio presupuestal con recaudo"  
Responsable: Gloria Inés Arias Gallego      Firma del Responsable: *Gloria Inés Arias Gallego*


No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplio				
			1er Trim	Explicación	2do Trim	Explicación		3er Trim	Explicación	4to Trim	Explicación
1	Diligenciar el 100% de la ficha técnica SIHO	Ficha diligenciada	100%	Ficha técnica diligenciada conforme los requerimientos del 2193							SI

¿Se requiere la elaboración de Plan de Mejoramiento?      Actividades que requieren Plan de Mejoramiento

Elaboró: Planeación      Revisó: Comité de Archivo      Aprobó: Gerente

 <p>Red Salud Armenia El Mejor Cuidado de Ti</p>	<p align="center"><b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO</b> NIT: 801001440-8</p>	Código: E-PL-004
		Versión: 2
		Fecha de elaboración: 03/03/2013
		Fecha de revisión: 28/03/2014
		Página : 1 de 1

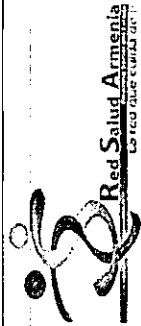
Nombre del Documento:	Seguimiento y evaluación a la	Unidad Administrativa:	Subgerencia de Planificación Institucional
-----------------------	-------------------------------	------------------------	--

Plan o Proyecto a Evaluar	Plan de Acción Indicador 10 "Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia Nacional de salud o la norma que la sustituya"		
Responsable	MARIANA CARDONA - Líder del proceso de calidad	Firma del Responsable	

No	Actividad o Meta	Indicadores	Metas o Actividades a Evaluar				Cump
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim	
1	Obtener todos los datos de los indicadores de la circular única de la superintendencia de salud, de forma mensual para cargarlos a la matriz de monitoreo, con el fin de verificar el cumplimiento	Total de datos obtenidos/total de datos solicitados *100	se obtuvo el 100% de los datos solicitados	se obtuvo el 100% de los datos solicitados	se obtuvo el 100% de los datos solicitados	se obtuvo el 100% de los datos solicitados	SI



Metas o Actividades a Evaluar										
Resultados Obtenidos en el Trimestre										
No	Actividad o Meta	Indicadores	1er Trim	Explicación	2do Trim	Explicación	3er Trim	Explicación	4to Trim	Explicación
4	Consolidar la información semestral de los indicadores de calidad de acuerdo a la circular única de la superintendencia de salud	Número de informes consolidados/ Número de informes a consolidar	NA	Actividad monitoreada en el trimestre del año anterior	1/1=100%	Se consolidó el informe relacionado con el primer semestre 2015	NA	Explicación	1/1=100%	Se consolidó el informe relacionado con el segundo semestre 2015
5	Entregar el cuadro consolidado describiendo el numerador y denominador de cada indicador al líder de sistemas para que realice el respectivo cargue y validación exitosa en la página de la superintendencia	N° de entregados el consolidado de indicadores dentro del tiempo esperado a sistemas /oficios a entregar el consolidado de indicadores dentro del tiempo esperado a sistemas *100	NA	Actividad monitoreada en el trimestre del año anterior	1/1=100%	Se envió oficio al área de sistemas el día 14 de julio de 2015 número radicado 04966	NA	Explicación	1/1=100%	Se envió oficio al área de sistemas el número el día 25 de enero de 2016 número de radicado 0498
6	Seguimiento a planes de mejoramiento	Total de actividades ejecutadas de los planes de mejoramiento / total de actividades programadas en los planes de mejoramiento *100	NA	Actividad monitoreada en el trimestre del año anterior	NA	No se generó plan de mejoramiento del resultado del consolidado semestral de indicadores	NA	Explicación	NA	No se generó plan de mejoramiento del resultado del consolidado semestral de indicadores
¿Se requiere la elaboración de Plan de										
no Actividades que										
Elaboró: Planeación										
Revisó: Comité de Archivo										
Aprobó: Gerente										



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004

Versión: 2

Fecha de elaboración: 03/03/2013

Fecha de revisión: 28/03/2014

Página: 1 de 1

Nombre del Documento:	Seguimiento y evaluación a la Planificación	Unidad Administrativa:	Subgerencia de Planificación Institucional
-----------------------	---	------------------------	--

Plan o Proyecto a Evaluar	Plan de Acción Indicador 10° "Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia Nacional de salud o la norma que la sustituya"		
Responsable	Victor Hugo Hurtado Plazas	Firma del Responsable	<i>Victor Hugo Hurtado</i>

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplio
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim	
6	Solicitar las ejecuciones de Gastos del Periodo	Número de ejecuciones/ 3	100%	100%	100%	100%	SI
7	100% de planes de mejoramiento diseñados si se presenta incumplimiento del artículo 1° del Decreto 1769 de 1994	Total de planes de mejoramiento diseñados/ total de planes de mejoramiento solicitados por desviaciones encontradas X 100	100%	100%	100%	100%	SI



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004

Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1

Nombre del Documento:	Seguimiento y evaluación a la Planificación	Unidad Administrativa:	Subgerencia de Planificación Institucional
-----------------------	---	------------------------	--

Plan o Proyecto a Evaluar	Plan de Acción Indicador 10° "Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia Nacional de salud o la norma que la sustituya"		
Responsable	Victor Hugo Hurtado Plazas	Firma del Responsable	

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Metas o Actividades a Evaluar				Cumplimiento				
			Resultados Obtenidos en el Trimestre								
			1er Trím	Explicación	2do Trím	Explicación		3er Trím	Explicación	4to Trím	Explicación
8	100% de seguimiento a los planes de mejoramiento producto de la desviación de los indicadores de calidad	Número de planes de mejoramiento diseñados/ Número de planes de mejoramiento con seguimiento x 100	N/A		N/A		N/A		N/A		SI
9	2 informes semestrales consolidados	Número de informes consolidados/ Número de informes a consolidar	100%	Informe elaborado y enviado conforme a lo solicitado por la Secretaría de Salud Departamental y la Super Salud (Plan de Mantenimiento Hospitalario)			100%	Informe elaborado y enviado conforme a lo solicitado por la Secretaría de Salud Departamental y la Super Salud (Plan de Mantenimiento Hospitalario)			SI



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1

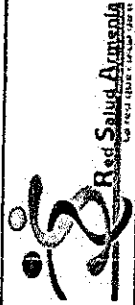
Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar: Plan de Acción Indicador 10° "Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia Nacional de salud o la norma que la sustituya"  
Responsable: Victor Hugo Hurtado Plazas Firma del Responsable:

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Metas o Actividades a Evaluar				Cumplto
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim	
10	4 entregas de consolidado describiendo el numerador y denominador de cada indicador en las fechas establecidas por el Ministerio	N° de oficio entregando el consolidado de indicadores dentro del tiempo esperado a sistemas /oficios a entregar el consolidado de indicadores dentro del tiempo esperado a sistemas *100	Explicación	Explicación	Explicación	Explicación	SI
			Informe consolidado y remitido a la Secretaría de Salud Departamental y cuando lo solicita la Secretaría de Salud Municipal con la firma del Gerente, Líder de Bienes y Servicios y Revisora Fiscal	Informe consolidado y remitido a la Secretaría de Salud Departamental y cuando lo solicita la Secretaría de Salud Municipal con la firma del Gerente, Revisora Fiscal y Líder de Bienes y Servicios	100%	100%	

¿Se requiere la elaboración de Plan de Mejoramiento? Actividades que requieren Plan de Mejoramiento

Elaboró: Planeación Revisó: Comité de Archivo Aprobó: Gerente



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8


Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1

Nombre del Documento:	Seguimiento y evaluación a la Planificación	Unidad Administrativa:	Subgerencia de Planificación, Institucional
-----------------------	---	------------------------	---

Plan o Proyecto a Evaluar	Plan de Acción Indicador 10 "Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma"		
Responsable	Nestor Ivan Veloz Rivera <i>Nestor I. Veloz R.</i>		

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplio	
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim		
11	Verificación de la validez y vigencia de la firma digital del gerente.	Número de firmas digitales válidas de gerente/ Número de firmas digitales de gerente		100%	En el mes de Abril se renovó la firma digital del Gerente	100%	Se verificó la validez de la firma digital del Gerente, encontrando que aun esta vigente hasta abril de 2016.	SI
12	Generación del archivo plano 071, con base en los indicadores de calidad.	Número de archivos planos generados /Número de archivos planos por generar	100%				Se realiza la generación del archivo plano 071 de acuerdo a los indicadores entregado por el área de calidad.	SI
13	Creación del archivo .doc 052, del informe de mantenimiento hospitalario.	Número de Archivo .doc creado generados /Número de archivos planos por generar	100%				Se realiza la generación del archivo de extensión .doc 052 de acuerdo al informe de mantenimiento entregado por el área de bienes y servicios.	SI





**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación      Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar: Plan de Acción Indicador 10° "Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma "

Responsable: Nestor Ivan Veloz Rivera      Firma del Responsable: \_\_\_\_\_

		Metas o Actividades a Evaluar					
No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplio
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim	
14	Validación de la estructura y el contenido del archivo plano 071 y 052 en la plataforma web de la Superintendencia Nacional de salud	Número de Archivos validados /Número de archivos por validar	100%		100%		SI
15	Realizar firma digital del archivo plano 071 y el archivo ,doc 052 validados	Número de Archivos firmados /Número de archivos por firmar	100%		100%		SI



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1

Nombre del Documento:	Seguimiento y evaluación a la Planificación	Unidad Administrativa:	Subgerencia de Planificación Institucional
Plan o Proyecto a Evaluar	Plan de Acción Indicador 10° "Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma "		
Responsable	Neslor Ivan Veloz Rivera Firma del Responsable		

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Metas o Actividades a Evaluar				Cumplido
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim	
18	Realizar el cargue del archivo plano y el archivo .doc firmados y validados en la plataforma web de la Superintendencia Nacional de salud, antes del 31 de julio y 25 de febrero del año siguiente (fechas límites para el envío de la información según la circular única de la superintendencia de Salud)	Número de Archivos cargados exitosamente/Número de archivos por cargar	100%		100%		SI
			Explicación	Explicación	Explicación	Explicación	
			Se realiza el cargue del archivo plano 071 y el archivo .doc 052 firmados y validados en la plataforma web de la Superintendencia Nacional de salud			Se realiza el cargue del archivo plano 071 y el archivo .doc 052 firmados y validados en la plataforma web de la Superintendencia Nacional de salud	



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1

Nombre del Documento:	Seguimiento y evaluación a la Planificación	Unidad Administrativa:	Subgerencia de Planificación Institucional
Plan o Proyecto a Evaluar	Plan de Acción Indicador 10° "Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma "		
Responsable	Nestor Ivan Veloz Rivera Firma del Responsable		

Metas o Actividades a Evaluar							
No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplio
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim	
17	Verificación de la información cargada	Número de Archivos verificados /Número de archivos por verificar	100%	En la plataforma web de la Superintendencia Nacional de salud se verifica que la información aparezca como cargada y validada.	100%	En la plataforma web de la Superintendencia Nacional de salud se verifica que la información aparezca como cargada y validada.	SI
18	Se remite a la oficina de control interno con la copia del cargue del Informe de la página, los indicadores y con el respectivo plan de mejora si este aplica	N° de oficio remitidos a control interno en el tiempo establecido/ Total de oficios programados remitir *100	100%	Se envía oficio a la oficina de control interno con la copia del cargue del Informe de la página, esta información también es entregada al área de calidad.	100%	Se envía oficio a la oficina de control interno con la copia del cargue del Informe de la página, esta información también es entregada al área de calidad.	SI

¿Se requiere la elaboración de Plan de Mejoramiento?	No	Actividades que requieren Plan de Mejoramiento
Elaboró: Planación	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Gerente



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página : 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación  
Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar	Plan de Acción Indicador 11° "Oportunidad en el reporte de información en el cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya"	
Responsable	<p>Gloria Inés Arias Gallego Alba Luz Hernández Montealegre Diana Milena Coy Rivera Erika Lilibeth Rodríguez Vera Victor Hugo Hurtado Plazas José Roberto Rosales López Luz Stella Marín Heirrán Carlos Alberto Alzate Giraldo</p>	Firma del Responsable

Metas o Actividades a Evaluar											
No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplio				
			1er Trim	Explicación	2do Trim	Explicación		3er Trim	Explicación	4to Trim	Explicación
1	100% de los datos de los indicadores cargados en la matriz de monitoreo	Total de datos obtenidos/Total de datos solicitados *100	100%	El cargue de la información se realizó en las fechas establecidas, según el Decreto 2193 de forma trimestral en el aplicativo SIHO, la evidencia de cargue oportuno, está en la página de la Super Intendencia de Salud	100%	El cargue de la información se realizó en las fechas establecidas, según el Decreto 2193 de forma trimestral en el aplicativo SIHO, la evidencia de cargue oportuno, está en la página de la Super Intendencia de Salud	100%	El cargue de la información se realizó en las fechas establecidas, según el Decreto 2193 de forma trimestral en el aplicativo SIHO, la evidencia de cargue oportuno, está en la página de la Super Intendencia de Salud	100%	El cargue de la información se realizó en las fechas establecidas, según el Decreto 2193 de forma trimestral en el aplicativo SIHO, la evidencia de cargue oportuno, está en la página de la Super Intendencia de Salud	SI



Red Salud Armenia  
La Red que cuida de ti

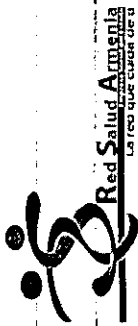
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar	Plan de Acción Indicador 11 "Oportunidad en el reporte de información en el cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya"	
Responsable	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gloria Inés Arias Gallego</li> <li>Alba Luz Hernández Montealegre</li> <li>Diana Milena Coy Rivera</li> <li>Erika Lilibeth Rodríguez Vera</li> <li>Victor Hugo Hurtado Plazas</li> <li>José Roberto Rosales López</li> <li>Luz Stella Marín Herrán</li> <li>Carlos Alberto Alzate Giraldo</li> </ul>	<p>Firma del Responsable</p>

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Metas o Actividades a Evaluar				Cumplio
			1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.	
2	4 Informes trimestrales, 2 informes semestrales y 1 anual; cargados	Número de informes cargados/Número de informes por cargar	100%	100%	100%	100%	SI
			<p>Explicación</p> <p>El reporte de: Datos Generales, Unidades Dependientes, Ingresos, Gastos, Pasivos, Balance General, Estado de Actividades y Ejecución Presupuestal, Facturación, Cartera por Deudor, Mecanismos de Pago, Producción, Capacidad Instalada e Infraestructura, Recurso Humano y Pasivo Pretaccional, procesos Judiciales y Contratación y Calidad, fueron cargados de manera oportuna en las fechas establecidas, la evidencia reposa en la plataforma de información Super Intendencia de</p>	<p>Explicación</p> <p>El reporte de: Datos Generales, Unidades Dependientes, Ingresos, Gastos, Pasivos, Balance General, Estado de Actividades y Ejecución Presupuestal, Facturación, Cartera por Deudor, Mecanismos de Pago, Producción, Capacidad Instalada e Infraestructura, Recurso Humano y Pasivo Pretaccional, procesos Judiciales y Contratación y Calidad, fueron cargados de manera oportuna en las fechas establecidas, la evidencia reposa en la plataforma de información Super Intendencia de</p>	<p>Explicación</p> <p>El reporte de: Datos Generales, Unidades Dependientes, Ingresos, Gastos, Pasivos, Balance General, Estado de Actividades y Ejecución Presupuestal, Facturación, Cartera por Deudor, Mecanismos de Pago, Producción, Capacidad Instalada e Infraestructura, Recurso Humano y Pasivo Pretaccional, procesos Judiciales y Contratación y Calidad, fueron cargados de manera oportuna en las fechas establecidas, la evidencia reposa en la plataforma de información Super Intendencia de</p>	<p>Explicación</p> <p>El reporte de: Datos Generales, Unidades Dependientes, Ingresos, Gastos, Pasivos, Balance General, Estado de Actividades y Ejecución Presupuestal, Facturación, Cartera por Deudor, Mecanismos de Pago, Producción, Capacidad Instalada e Infraestructura, Recurso Humano y Pasivo Pretaccional, procesos Judiciales y Contratación y Calidad, fueron cargados de manera oportuna en las fechas establecidas, la evidencia reposa en la plataforma de información Super Intendencia de</p>	



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1

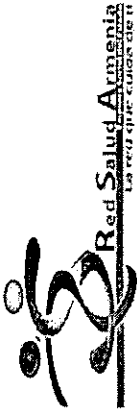
Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar	Plan de Acción Indicador 11 "Oportunidad en el reporte de información en el cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya"
Responsable	Firma del Responsable
	<p>Gloria Inés Arias Gallego Alba Luz Hernández Montealegre Diana Milena Coy Rivera Erika Lilibeth Rodríguez Vera Victor Hugo Hurtado Plazas José Roberto Rosales López Luz Stella Marín Herrán Carlos Alberto Alzate Giraldo</p>

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplimiento
			1er Trím	2do Trím	3er Trím	4to Trím	
3	2 oficios enviados al coordinador de financiera	Número de oficios enviados al coordinador de financiera/ total de oficios programados remitir **100	100%	100%	100%	100%	SI
4	100% de oficios enviados a control interno	Se socializa al interior de la E.S.E. la validación y cargue definitivo de la información.	100%	100%	100%	100%	SI

¿Se requiere la elaboración de Plan de Mejoramiento? Plan de Mejoramiento

Elaboró: Planeación Revisó: Comité de Archivo Aprobó: Gerente



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página : 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar	Plan de Acción Indicador 11 "Oportunidad en el reporte de información en el cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya"	
Responsable	MARIANA CARDONA - Líder Proceso de Calidad	Firma del Responsable 

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplimiento		
			1er	2do	3er	4to			
1	Obtener todos los datos de los indicadores de acuerdo al componente de calidad y/o financiero del aplicativo SIHO, de forma mensual para cargarlos en la matriz de monitoreo, con el fin de revisar el cumplimiento	Total de datos obtenidos/Total de datos solicitados *100	33/33 (100%)	Se continuo con la recopilacion del segundo trimestre	33/33 (100%)	Se continuo con la recopilacion del segundo trimestre	33/33 (100%)	se cargo toda la matriz de la página SIHO del informe semestral de calidad (primer semestre 2015)	SI

Metas o Actividades a Evaluar

Nº	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplido
			1er	Explicación	2do	Explicación	
2	Verificación, Cargue y Validación de los indicadores semestrales y anuales de calidad y/o financieros en el aplicativo SIHO 1) Datos Generales, Unidades Dependientes: Coordinador Financiero 2) Ingresos, Gastos, Pasivos, Balance General, Estado de Actividades y Ejecución Presupuestal: Contadora 3) Facturación: Líder de Facturación 4) Cartera por Deudor: Líder de Cartera 5) Mecanismos de Pago: Tesorera 6) Producción: DIR 7) Capacidad Instalada e Infraestructura: Líder de Bienes y Servicios 8) Recurso Humano y Pasivo Prefuncional: Coordinador de Talento Humano 9) Procesos Judiciales y Contratación: Asesor Jurídico 10) Calidad: Líder de Calidad	Número de informes cargados/Número de informes por cargar	esta información se encuentra en el seguimiento del último trimestre del año anterior	Se válido y envió el informe semestral de indicadores de calidad a la secretaria de salud Municipal el 24 de Julio de 2015, se adjunta copia de la evidencia.	NA	Se válido y envió el informe segundo semestre de indicadores de calidad a la secretaria de salud Municipal el 25 de enero de 2016, se adjunta copia de la evidencia.	1/1 (100%)

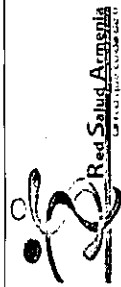


Metas o Actividades a Evaluar.

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cump lio				
			1er	Explicación	2do	Explicación		3er	Explicación	4to	Explicación
3	Comunicar al Coordinador de financiera el cargue de los indicadores de calidad y/o financieros en el aplicativo SIHO, para su validación y envío	Número de oficinas enviados a control interno / Total de oficinas programados remitir *100	NA	esta información se encuentra en el seguimiento del último trimestre del año anterior	1/2 (50%)	Se envió oficio a la coordinación de financiera el 27 de julio de 2015 (Rad 5270), con copia a control interno	NA	Se envió oficio a la coordinación de financiera el 25 de enero de 2016 (Rad 0520), con copia a control interno	2/2 (50%)	Las evidencias reposan en la carpeta de indicadores de la oficina de calidad vigencia 2015	
4	Consolidación y entrega de informes a los Entes respectivos	Numero de informes presentados sobre el numero de informes programados	NA	esta información se encuentra en el seguimiento del último trimestre del año anterior	1/2 (50%)	realice envío de la información a través del aplicativo SIHO a la Secretaría de Salud Municipal el día 24 de junio	NA	realice envío de la información a través del aplicativo SIHO a la Secretaría de Salud Municipal el día 25 de enero de 2016	2/2 (50%)		

¿Se requiere la elaboración de Plan de Mejoramiento?	no	Actividades que requieren Plan de Mejoramiento
--	----	--

Elaboró: Planeación Revisó: Comité de Archivo Aprobó: Gerente



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página : 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación

Unidad Administrativa:

Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar

Plan de Acción Indicador 11 "Oportunidad en el reporte de información en el cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya"

Responsable

Jaime Torres Laverde

Firma del Responsable

Metas o Actividades a Evaluar

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplio
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim	
1	100% de los datos de los indicadores cargados en la matriz de monitoreo	Total de datos obtenidos/Total de datos solicitados *100	100%	100%	100%	100%	Si
			Se cuenta con una base de datos con la información correspondiente de todos los contratos del trimestre así mismo las actuaciones que se realizaron en los procesos judiciales, cuya información facilita el seguimiento y el cargue de toda la información a aplicativo Siho el cual se realizó en las fechas establecidas, según el Decreto 2193	Se cuenta con una base de datos con la información correspondiente de todos los contratos del trimestre así mismo las actuaciones que se realizaron en los procesos judiciales, cuya información facilita el seguimiento y el cargue de toda la información a aplicativo Siho el cual se realizó en las fechas establecidas, según el Decreto 2193	Se cuenta con una base de datos con la información correspondiente de todos los contratos del trimestre así mismo las actuaciones que se realizaron en los procesos judiciales, cuya información facilita el seguimiento y el cargue de toda la información a aplicativo Siho el cual se realizó en las fechas establecidas, según el Decreto 2193	Se cuenta con una base de datos con la información correspondiente de todos los contratos del trimestre así mismo las actuaciones que se realizaron en los procesos judiciales, cuya información facilita el seguimiento y el cargue de toda la información a aplicativo Siho el cual se realizó en las fechas establecidas, según el Decreto 2193	



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004

Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1

Nombre del Documento:

Seguimiento y evaluación a la Planificación

Unidad Administrativa:

Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar

Plan de Acción Indicador 11 "Oportunidad en el reporte de información en el cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya"

Responsable

Jaime Torres Laverde

Firma del Responsable

Metas o Actividades a Evaluar

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplio
			1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.	
2	4 informes trimestrales, 2 informes semestrales y 1 anual; cargados	Número de informes cargados/Número de informes por cargar	100%	100%	100%	100%	SI
			El reporte de los procesos Judiciales y de la Contratación que suscribió la entidad durante el trimestre reportado fue cargado de manera oportuna en las fechas establecidas, la evidencia reposa en la Super Intendencia de Salud	El reporte de los procesos Judiciales y de la Contratación que suscribió la entidad durante el trimestre reportado fue cargado de manera oportuna en las fechas establecidas, la evidencia reposa en la plataforma de la Super Intendencia de Salud	El reporte de los procesos Judiciales y de la Contratación que suscribió la entidad durante el trimestre reportado fue cargado de manera oportuna en las fechas establecidas, la evidencia reposa en la plataforma de la Super Intendencia de Salud	El reporte de los procesos Judiciales y de la Contratación que suscribió la entidad durante el trimestre reportado fue cargado de manera oportuna en las fechas establecidas, la evidencia reposa en la plataforma de la Super Intendencia de Salud	
3	2 oficios enviados al coordinador de financiera	Número de oficios enviados al coordinador de financiera/ total de oficios programados remitir *100	100%	100%	100%	100%	SI
			Despues de cargada la informacion se comunico mediante oficio con radicado No 3074 del 22 de Abril del 2015 dirigido al Area Financiera quien es la encargada de realizar la validacion de dicho informe.	Despues de cargada la informacion se comunico mediante oficio con radicado No 5210 del 23 de Julio del 2015 dirigido al Area Financiera quien es la encargada de realizar la validacion de dicho informe.	Despues de cargada la informacion se comunico mediante oficio con radicado No 7934 del 04 de Noviembre del 2015 dirigido al Area Financiera quien es la encargada de realizar la validacion de dicho informe.	Despues de cargada la informacion se comunico mediante oficio con radicado No 0860 del 09 de Febrero del 2016 dirigido al Area Financiera quien es la encargada de realizar la validacion de dicho informe.	



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación. Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar: Plan de Acción Indicador 11 "Oportunidad en el reporte de información en el cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la forma que lo sustituya"

Responsable

Jaime Torres Laverde

Firma del Responsable

Metas o Actividades a Evaluar

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplio				
			1er Trim	Explicación	2do Trim	Explicación		3er Trim	Explicación	4to Trim	Explicación
4	100% de oficios enviados a control interno	Se socializa al interior de la E.S.E. la validación y cargue definitivo de la información.	100%	El oficio con radicado No 3074 del 22 de Abril del 2015 dirigido al Area Financiera, se envió con copia al area de Control Interno, dichas evidencias pueden ser consultadas en el archivo de la oficina Jurídica	100%	El oficio con radicado No 5210 del 23 de Julio del 2015 dirigido al Area Financiera se envió con copia al area de Control Interno, dichas evidencias pueden ser consultadas en el archivo de la oficina Jurídica	100%	El oficio con radicado No 7934 del 04 de Noviembre del 2015 dirigido al Area Financiera, se envió con copia al area de Control Interno, dichas evidencias pueden ser consultadas en el archivo de la oficina Jurídica	100%	El oficio con radicado No 0860 del 09 de Febrero del 2016 dirigido al Area Financiera, se envió con copia al area de Control Interno, dichas evidencias pueden ser consultadas en el archivo de la oficina Jurídica	SI

¿Se requiere la elaboración de Plan de Mejoramiento? Actividades que requieren Plan de Mejoramiento

Elaboró: Planificación. Revisó: Comité de Archivo. Aprobó: Gerente

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración:  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación, 2015

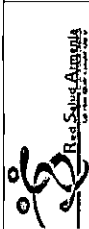
Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar: Plan de Acción Indicador

Responsable: Luz Alieide Ospina Hernandez

Firma del Responsable: *[Firma]*

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				
			1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.	
1	Envío de pruebas de embarazo positivas todos los viernes al líder del programa gestación y parto con amor.	Número de envíos al mes/ Número de semanas al mes	8 de 12	12 de 13	11 de 13	10 de 13	Se presento dificultad con el envío de pruebas de embarazo en el mes de diciembre, por dificultades con recurso humano, solo lo enviaron una vez, el segundo reporte del mes de diciembre fue en el 04/01/2016
2	Verificar si las usuarias que llenen prueba de embarazo positiva, se encuentran ya registradas en la sábana de seguimiento a gestantes	Número de pruebas de embarazo positivas enviadas por el laboratorio verificadas en la sábana de gestantes/ Número total de pruebas de embarazo positivas enviadas por el laboratorio	267 de 267	287 de 287	247 de 247	220/220	Todas las pruebas fueron verificadas en la sábana departamental y se verifico en Dinamica Net asignación de cita para ingreso al CPN.
3	Realizar búsqueda activa (telefónica o con visita domiciliaria) a las usuarias con prueba de embarazo positiva que no estén con cita de ingreso asignada o incluidas en la sábana de gestantes	Número de usuarias con pruebas de embarazo positivas con búsqueda activa (telefónica o visita domiciliaria)/ Número total de usuarias con pruebas de embarazo positivas que no están incluidas en la sábana de gestantes	109 llamadas y 75 visitas de 130	103 llamadas, 79 visitas domiciliarias de 90	116 llamadas y 104 visitas domiciliarias que aun no habían ingresado al programa	65 llamas y 59 busquedas por APS	De 247 pruebas positivas, se encontraron que 184 ya habían ingresado o tenían cita programada, pero para el mes de julio, se realizaron 103 llamadas telefónicas, se mandan a visitar a 79 usuarias, de las cuales, 36 no son localizadas.



Código: E.P.L-004  
 Versión: 2  
 Fecha de elaboración: 28/03/2014  
 Fecha de revisión: 28/03/2014  
 Página: 1 de 1

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
 ARMENIA QUINDIO  
 NIT: 801001440-8

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación 2015  
 Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar: Plan de Acción Indicador  
 Responsable: Luz Alfirte Ospino Hernández  
 Firma del Responsable:

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Metas o Actividades a Evaluar				Explicación
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim	
4	Notificar a la EPS usuarias que no están adheridas al programa (asistencia a 2 controles prenatales seguidos)	Número de gestantes no adheridas al programa notificadas a las aseguradoras/Total de usuarias gestantes no adheridas al programa	1000%	500%	En el trimestre se notificaron 10 usuarias a las EPS AsmetSalud y Cafesalud, no adheridas al programa	En el trimestre se notificaron 10 usuarias a las EPS AsmetSalud, Cafesalud, y secretaría de salud de usuarias no adheridas al programa, insistentes en forma frecuente a citas programadas de especialista y ecografías entre otros.	En el trimestre se reportaron a EPS un total de 7 usuarias que no tenían adherencia al programa.
5	Establecer la ruta con las aseguradoras para las autorizaciones de exámenes o procedimientos no inscritas en el programa	Número de rutas establecidas con las EPS para autorización de exámenes no incluidos en el POS/ Total de número de aseguradoras con servicios contractuales	1 de 5	1 de 5	Solamente se tiene una ruta clara para las remisiones de procedimientos o laboratorio no captados con la IPS; que es con la EPS de AsmetSalud, las 4 restantes se direccionan directamente a la EPS respectiva o secretaria de salud departamental.	La mayor dificultad se tiene con las usuarias de régimen vinculado, ya que no es clara la orientación de estas usuarias para actividades de seguridad nivel, con las demás se tienen adecuados canales de comunicación.	solo se cuenta con una ruta para atención directa para gestantes, las demás nos no tiene convenio directo con algunos servicios en Red Salud, pero sí se tiene esta el lugar donde se direccionan excepto vinculadas que son las que tiene mayor dificultad para la autorización de algunas actividades
6	Garantizar el cumplimiento de la ley de portabilidad de todas las gestantes de otros municipios que solicitan ingreso al control prenatal en el CAA del sur	Número de gestantes con portabilidad ingresadas al control prenatal en esta institución/ Total de gestantes que ingresan a control	7 de 9	3 de 5	De 9 usuarias a las cuales se les ha solicitado portabilidad de otras EPS 7 ingresaron al CPN	De 412 Ingresos al programa en el trimestre ingresaron 3 usuarias ingresan con portabilidad	De las 286 gestantes que ingresaron al programa en el tercer trimestre 2 son atendidas con portabilidad de EPS de otros departamentos



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración:  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación 2015 Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar: Luz Alíette Ocaño Hernández Plan de Acción Indicador: Firma del Responsable

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Explicación
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim	
7	Registrar novedades de gestantes con ingreso tardío al control prenatal	Total de gestantes con ingreso tardío	141 de 184	110 de 124	122 de 133	108 de 286	184 ingresos tardíos al programa en el primer de los cuales 43 no reportan motivo, lo que corresponde a un 23 %  de 124 ingresos tardíos, 110 reportan causa de ingreso, 92 %  de 133 ingresos tardíos 122 reportan causa tardía del mismo lo que corresponde a un 92 %  108 de 286 durante el 4 trimestre se realizó 286 ingresos a control prenatal de los cuales 108 ingresan de manera tardía
8	Realizar educación continuada al personal del programa de maternidad segura	Número de actividades educativas programadas/ Total de actividades educativas realizadas	1 de 6	2 de 5	1 de 3	2 de 2	El 16 de febrero se realiza capacitación continuada al equipo del programa que operan en el CAA del sur sobre Guía de atención a la tolerancia de carbohidratos dada por el Dr Bayron Ruiz, y se socializa atención segura Binomio madre/ hijo.  Socialización de Guía de IVE, en reunión realizada en el mes de mayo con el equipo de prenatal y participación en el congreso de endocrinología realizado en Armenia en el mes de Abril  Algunos integrantes del recurso humano de prenatal, participa en la socialización de Ministerio de salud guías de VIH/SIDA en el mes de Agosto convocado por secretaria de salud departamental
9	Realizar con la gestante actividades educativas y culturales, que mejoren la adherencia al programa	Número de actividades educativas o culturales programadas/ Total de actividades educativas o culturales realizadas	1 de 8	2 de 7	2 de 5	3 de 3	El 19 de marzo se celebró el día de la Mujer en el auditorio CAA del sur con una asistencia de 70 usuarias  En el mes de mayo se celebra el día de la madre y se hace acompañamiento actividad centro de convenciones programada por secretaria departamental  En el mes de Agosto se celebra la semana el festival de Matemática, y en el mes de septiembre en día de Amor y Amistad  se realizó la celebración del 31 de octubre, navidad y actividad de entrega de Ajuar para Cuidante

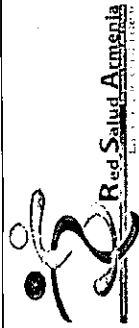
Aclarar con facturación la ruta de usuarios que requieren portabilidad para su atención.

Actividades que requieren Plan de Mejoramiento

SI

Revisó: Comité de Archivo

Elaboró: Planificación



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

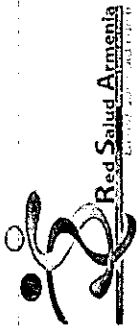
Plan o Proyecto a Evaluar: Plan de Acción Indicador 22 "Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE"

Responsable: Gloria Inés Valois Velasquez Firma del Responsable: *[Firma]*

Metas o Actividades a Evaluar

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplido
			1er Trím	2do Trím	3er Trím	4to Trím	
1	Información en ETS a la comunidad a través de campañas y entrega de preservativos	Seis sesiones educativas al año  Número de preservativos entregados / Número de preservativos programados para entregar	100%  100%	100%  100%	100%  100%	100%  100%	SI  SI
			Explicación En el mes de Febrero se inició la ejecución del PIC vigencia 2015. La Líder realiza cronograma e Instituciones Educativas seleccionadas: 1. Instituto Técnico Industrial 2. CASD Asistentes: 728	Explicación Instituciones Educativas seleccionadas: 1. Eudoro García Santa Eufracia Cuyabra Asistentes: 1092	Explicación Durante este trimestre se realizaron campañas educativas en barrio Santander, Gaitán Bajo, Familias en Acción. Asistentes: 270	Explicación Durante este trimestre se llevó a cabo campaña Educativa en el Barrio Gaitán Bajo con la participación de 38 personas de la comunidad.	
			Explicación En el trimestre se dispensaron en la institución educativas: Total: 324 preservativos	Explicación En el trimestre se dispensaron en barrios del municipio y a comunidades específicas. Total: 146 preservativos	Explicación En el trimestre se dispensaron en barrios del municipio y a comunidades específicas. Total: 146 preservativos	Explicación En el trimestre se dispensaron en barrios del municipio. Total: 76 preservativos	





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página : 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar: Plan de Acción Indicador 22 "Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE"  
Responsable: Gloria Inés Valois Velasquez Firma del Responsable

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplimiento
			1er Trím	2do Trím	3er Trím	4to Trím	
2	Busqueda Activa Institucional	Número de seguimiento a los usuarios reportados/ Número total de casos reportados *100	<p>(3539/21155) Del total de Registros Individuales de Prestación de Servicios elaborados se realizó seguimiento a un total de 3539 diagnósticos mediante la revisión de criterios de inclusión de los eventos de interés en salud pública en la Historia Clínica. No se tiene en cuenta enfermedades crónicas no transmisibles, trauma y personas en contacto con servicios de salud</p> <p>100%</p>	<p>(2322/24398) Del total de Registros Individuales de Prestación de Servicios elaborados se realizó seguimiento a un total de 2322 diagnósticos mediante la revisión de criterios de inclusión de los eventos de interés en salud pública en la Historia Clínica, Afecta la validación Rips parcialmente diligenciados y diagnósticos inespecíficos. No se tiene en cuenta enfermedades crónicas no transmisibles, trauma y personas en contacto con servicios de salud</p> <p>100%</p>	<p>(1874/4870) Del total de Registros Individuales de Prestación de Servicios elaborados se realizó seguimiento a un total de 1874 diagnósticos mediante la revisión de criterios de inclusión de los eventos de interés en salud pública en la Historia Clínica, Afecta la validación Rips parcialmente diligenciados y diagnósticos inespecíficos. Se tiene en cuenta enfermedades crónicas no transmisibles</p> <p>100%</p>	<p>(451/5511) Del total de Registros Individuales de Prestación de Servicios elaborados se realizó seguimiento a un total de 451 diagnósticos mediante la revisión de criterios de inclusión de los eventos de interés en salud pública en la Historia Clínica, Afecta la validación Rips parcialmente diligenciados y diagnósticos inespecíficos. Se tiene en cuenta enfermedades crónicas no transmisibles</p> <p>100%</p>	SI



Red Salud Armenia  
Red de Atención Primaria

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004

Versión: 2

Fecha de elaboración: 03/03/2013

Fecha de revisión: 28/03/2014

Página : 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación

Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

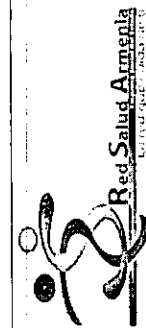
Plan o Proyecto a Evaluar: Plan de Acción Indicador. 22 "Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE"

Responsable: Gloria Inés Valois Velasquez

Firma del Responsable

Metas o Actividades a Evaluar

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplio
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim	
3	Realizar seguimiento a los casos de sífilis a la población general	Número de casos diagnósticos reportados o notificados/ Número total de casos reportados *100	100% (59/60) casos Cumplimiento 96% Caso notificado el 31 de marzo pasa para seguimiento en la 1ª semana de abril	100% (27/26) casos Cumplimiento 100% 1 Caso notificado el 31 de marzo se incluyó en el seguimiento del trimestre	100% (48/48) Cumplimiento del 100%, seguimiento realizado conjuntamente con el proceso "4505"	100% (32/32) durante los meses de Noviembre y Diciembre por razones administrativas se presentó dificultad en los análisis de pruebas treponémicas y no treponémicas	SI
4	Realizar seguimiento en la aplicación de tratamientos, control serológico, estudio de contacto. A través de base de datos de Sífilis Gestacional.	Número de seguimiento a las gestantes reportadas/ Número total de casos reportados *100	100% (3/3) Total casos nuevo de Sífilis gestacional 100%. 1 caso usuaria "En condición de Calle, sin control prenatal. 1 Caso Trabajadora sexual. No fue posible identificar contactos. 1 caso acepto tratamiento	100% (9/9) Total casos nuevo de Sífilis gestacional 100%. 2 casos usuaria no facilitó datos de contacto(s) Resto de casos (7) con prescripción medicamentosa	100% (16/16) Total casos nuevos de Sífilis gestacional 100%. 2 casos de abandono por ser usuarias en condición de habitantes de calle y sin inscripción en programa de control prenatal, el resto de casos (14) con cumplimiento de esquema de tratamiento	100% (9/8) Total casos nuevos de Sífilis gestacional 100%. 1 caso de abandono por ser usuarias en condición de habitantes de calle y sin inscripción en programa de control prenatal, el resto de casos (7) con cumplimiento de esquema de tratamiento	SI
5	Realizar seguimiento en la aplicación de tratamiento, control serológico, estudio de contacto .A través de base de datos de sífilis congénita	Número de seguimiento a las gestantes reportadas/ Número total de casos reportados *100	100% Sin casos de sífilis Gestacional	100% Sin casos de sífilis gestacional	100% Sin casos de sífilis gestacional	100% Se presentó 1 caso de recién nacido "expuesto" a sífilis, cuyo parto fue atendido en el Hospital Universitario San Juan de Dios y 1 caso de sífilis congénita por "Nexo epidemiológico"	SI



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página : 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar Responsable: Plan de Acción Indicador 22 "Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE" Gloria Inés Valois Velasquez Firma del Responsable

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplio			
			1er Trim	Explicación	2do Trim	Explicación		3er Trim	Explicación	4to Trim
6	Concepto del COVE Territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis congénita diagnosticado, o la no existencia de casos de sífilis congénita	Concepto emitido por el Secretaría de Salud municipal como requisito Evaluación Gestión del Gerente vigencia 2014. Total casos Sifi	100%	En el mes de Marzo se tiene el concepto de certificación. 4 casos certificados de sífilis congénita	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	SI

¿Se requiere la elaboración de Plan de Mejoramiento? Actividades que requieren Plan de Mejoramiento

Elaboró: Planeación Revisó: Comité de Archivo Aprobó: Gerente



Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación

Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar: MIDV

Responsable: MIDV

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplido
			1er	2do	3er	4to	
1	Presentación de informe acerca del cumplimiento de aplicación de la guía de atención enfermedad hipertensiva	Numero de informes acerca del cumplimiento de aplicación a la guía de enfermedad hipertensiva/numero de informes programados	100	100	100	100	100
2	Actualización automática de historia clínica inteligente RCV según guía de manejo de la hipertensión arterial	Numero de actualizaciones realizadas a la historia clínica inteligente/numero de publicaciones cambio en guías HTA en el año	100	100	100	100	100
3	Capacitación virtual al grupo de profesionales de salud que este en atención directa con pacientes hipertensos acerca de la guía de atención de la hipertensión arterial	Numero de profesionales de la salud certificados a través del curso virtual RCV/total de profesionales de la salud inscritos al curso RCV	100	100	100	100	0
4	Capacitación presencial al grupo de profesionales de la salud del programa RCV acerca de la guía de atención de la hipertensión arterial	Numero de profesionales de la salud capacitados/numero de profesionales de la salud que valoran RCV	100	100	100	100	100
5	Capacitación para retroalimentación de la HCL inteligente RCV profesionales de la salud programados para retroalimentar	Numero de profesionales de la salud asistentes para retroalimentación/numero de profesionales de la salud programados para retroalimentar	100	100	100	100	100
6	Auditoría historias clínicas automatizadas para el programa RCV	Numero de auditoría HCL RCV control con dx de HTA cada trimestre/numero de auditorías programadas	100	100	100	100	100
7	Visita a centros de salud para retroalimentación del programa RCV	Numero de visitas realizadas a centros de salud/numero de visitas programadas cada trimestre	100	100	100	100	100
8	Visita domiciliar a pacientes RCV hipertensos estadio III	Numero de pacientes hipertensos visitados/numero de pacientes programados para visitas	100	100	100	100	100
9	Diligenciamiento de historia clínica de siniestralidad a pacientes HTA hospitalizados por cualquier causa	Numero de pacientes HTA hospitalizados a los cuales se les realizó el protocolo de siniestralidad / numero de pacientes HTA hospitalizados por cualquier causa	100	100	100	100	100
¿Se requiere la elaboración de Plan de Mejoramiento?			No	Actividades que requieren Plan de Mejoramiento	Actividades que requieren Plan de Mejoramiento	Actividades que requieren Plan de Mejoramiento	Actividades que requieren Plan de Mejoramiento

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación  
 Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar: Indicador 24 "Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo"  
 Responsable: Director Técnico Ambulatorio - Dra. Magda Lucia Carvajal Iriarte  
 Firma del Responsable: *Magdate*

Nc.	Actividad o Meta	Indicadores	Metas o Actividades a Evaluar				Cumple
			1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.	
1	Definir la muestra para realización de auditorías de historia clínica	Número de muestras obtenidas sobre número de muestras a obtener	Se presento ante el comité de historias clínicas, la propuesta del número de historias clínicas a auditar, en el cual se analizaron las diferentes variables y se aprobó usar para la presente vigencia un margen de confiabilidad de +/-50% con un margen de error de +/-10% de forma trimestral para los diferentes servicios, area o programas.	NA	NA	NA	SI
2	Resultado de adherencia a la norma técnica de alteración temprana de desarrollo de las auditorías de primera vez y de control	Número de historias clínicas auditadas incluídas en la muestra de crecimiento y desarrollo con 90 % cumplimiento/ Número total de la muestra auditada de primera vez y de control de crecimiento y desarrollo	Se formalizo la entrega del informe de auditoría de crecimiento y desarrollo primera vez y control, correspondiente al primer trimestre como consta en el acta del 05 del 24 de Abril de comité de historia clínicas, obteniendo un resultado del 95%	296 / 284 = 96%	357 / 372 = 96%	324 / 337 = 96%	SI
	90% de adherencia a la norma técnica de detección temprana de alteración de crecimiento y desarrollo de las auditorías de primera vez y de control		Se formalizo la entrega del informe de auditoría de crecimiento y desarrollo primera vez y control, correspondiente al segundo trimestre como consta en el acta del 07 del 26 de Junio de comité de historia clínicas, obteniendo un resultado del 96%	Las evidencias reposan en la carpeta de Actas de Comité de Historia Clínica en la Dirección técnica Ambulatoria	Se formalizo la entrega del informe de auditoría de crecimiento y desarrollo primera vez y control, correspondiente al tercer trimestre como consta en el acta del comité de historia clínicas N° 10 del 28 de Septiembre de 2015, obteniendo un resultado del 96%	Se formalizo la entrega del informe de auditoría de crecimiento y desarrollo primera vez y control, correspondiente al cuarto trimestre como consta en el acta del comité de historia clínicas N° 13 del 21 de Diciembre de 2015, obteniendo un resultado del 96%	Las evidencias reposan en la carpeta planes y programas auditorías 2015 en la dirección Técnica Ambulatoria



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página : 1 de 1

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación Unidad Administrativa: Subgerencia de Planificación Institucional

Plan o Proyecto a Evaluar: Plan de Acción Indicador 25° "Reingresos por el servicio de urgencias"  
Responsable: Bernardo Gutiérrez Montoya Firma del Responsable:

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre				Cumplió
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim	
1	Establecer las diez (10) primeras causas de consulta por el servicio de urgencias	Listado por orden de frecuencia de las diez (10) primeras causas de consulta por el servicio de urgencias	<p>Se observa en el servicio de urgencias, un alto número de consultas se dan por Síndrome Febril Agudo (SFA), de origen a determinar, sintomatología que debe de ser evaluada en el servicio debido a estar en zona endémica para Dengue y su condición de evento de interés en salud pública. Aquellas otras patologías como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC, se ve reflejado en el número de consultas debido a factores como el uso inadecuado del oxígeno domiciliar, medicamentos y ausencia de acompañamiento familiar.</p> <p>100%</p>	<p>Las primeras diez causas son en un alto porcentaje las mismas halladas en el 1° trimestre, sin embargo no tienen relación directa con la calidad y oportunidad en la atención de los servicios de salud, si no que son patologías relacionadas con la situación geográfica del municipio (endémica), así mismo el EPOC, es uno de las mayores patologías de consulta dada las condiciones culturales como fumadores, utilización de cocinas de leña y el administración parcial de tratamientos con medicamentos.</p> <p>100%</p>	<p>Se hace revisión de la información suministrada por el procesos de Información y Registro, encontrándose que las primeras diez causas son en un alto porcentaje las mismas únicamente con variación en el número absoluto de cada una de ellas y en su participación porcentual, sin embargo no tienen relación directa con la calidad y oportunidad en la atención de los servicios de salud, si no que son patologías relacionadas con la situación geográfica del municipio (endémica), así mismo el EPOC, es uno de las mayores patologías de consulta dada las condiciones culturales como fumadores, utilización de cocinas de leña y el administración parcial de tratamientos con medicamentos.</p> <p>100%</p>	<p>Se hace revisión de la información suministrada por el procesos de Información y Registro, encontrándose que las primeras diez causas son en un alto porcentaje las mismas únicamente con variación en el número absoluto de cada una de ellas y en su participación porcentual, sin embargo no tienen relación directa con la calidad y oportunidad en la atención de los servicios de salud, si no que son patologías relacionadas con la situación geográfica del municipio (endémica), así mismo el EPOC, es uno de las mayores patologías de consulta dada las condiciones culturales como fumadores, utilización de cocinas de leña y el administración parcial de tratamientos con medicamentos.</p> <p>100%</p>	SI

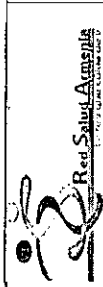
2	<p>Establecer el número de pacientes que consultaron por igual cuadro clínico por el servicio de urgencias dentro de las 72 horas de haber recibido su primera atención, durante el primer trimestre de 2015.</p>	<p>Reconsulta por el servicio de urgencias durante el primer trimestre de 2015 en el Hospital del Sur Red Salud Armenia ESE.</p>	100%	<p>Durante este trimestre se atendieron en reconultas según los datos estadísticos reportados, 6 pacientes por el servicio de urgencias</p>	100%	<p>Durante este trimestre se atendieron en reconultas según los datos estadísticos reportados, 45 pacientes por el servicio de urgencias</p>	100%	<p>Durante este trimestre se atendieron en reconultas según los datos estadísticos reportados, 45 pacientes por el servicio de urgencias y corresponde al 0,51% de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias</p>	SI
3	<p>Se busca dejar información en los profesionales con el fin de que estos den una atención al paciente que le asegure un proceso que cumpla con los atributos de la calidad de la atención en salud como son: oportunidad, continuidad, suficiencia e integridad, racionalidad lógica-científica, satisfacción del usuario y del proveedor, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad.</p>	<p>La totalidad (100%) de profesionales y auxiliares del servicio deben conocer esta información.</p>	100%	<p>Si bien no se han hecho presentaciones formales al grupo de médicos, en las entregas de turno, en las auditorías concurrentes, en el diálogo permanente con el servicio, siempre se menciona que el ingreso y la reconulta descalifica la atención en el servicio.</p>	100%	<p>Si bien no se han hecho presentaciones formales al grupo de médicos, en las entregas de turno, en las auditorías concurrentes, en el diálogo permanente con el servicio, siempre se menciona que el ingreso y la reconulta descalifica la atención en el servicio.</p>	100%	<p>Se continúa con el cumplimiento de la actividad de auditoría de la historia clínica en la que se origina el proceso de retroalimentación a cada uno de los profesionales, informándose a éste los diferentes hallazgos, solicitándole los correctivos pertinentes</p>	SI
4	<p>Tener revisadas y actualizadas las guías de manejo para aquellas patologías que se clasificaron como las primeras diez causas de reconulta por el servicio de urgencias.</p>	<p>Disponer en medio físico y sistematizado de la correspondiente guía de manejo para las diez primeras causas de consulta del servicio de urgencias.</p>	100%	<p>En el servicio de urgencias, en cada computador a través de la biblioteca virtual y algunos en medio físico, se tienen todas las guías y protocolos del ministerio de salud, del Instituto nacional de salud, ascofame y otros elaborados por la institución.</p>	100%	<p>En el servicio de urgencias, en cada computador a través de la biblioteca virtual y algunos en medio físico, se tienen todas las guías y protocolos del ministerio de salud, del Instituto nacional de salud, ascofame y otros elaborados por la institución.</p>	100%	<p>En el servicio de urgencias, en cada computador a través de la biblioteca virtual y algunos en medio físico, se tienen todas las guías y protocolos del ministerio de salud, del Instituto nacional de salud, ascofame y otros elaborados por la institución.</p>	SI

<p>Facilitar al profesional médico la adecuada conducción del (los) paciente(s) desde los puntos de vista de evaluación, diagnóstico y terapéutica; sugerir los pasos del método clínico a seguir (H Clínica, uso de apoyo dx), establecer diagnósticos diferenciales, diagnóstico definitivo, dejar unas pautas de manejo terapéutico que sean producto del consenso, permitir posteriormente al auditor evaluar fácilmente la calidad de la atención y asegurar al médico tratante una buena defensa en casos de demandas por negligencia o mala práctica</p>	<p>La totalidad de médicos (100%) del servicio de urgencias debe haber recibido la información de cada una de las guías de manejo de las diez primeras causas de consulta del servicio.</p>	<p>100%</p>	<p>El total de los médicos, colaboradores del servicio de urgencias tienen conocimiento de la disponibilidad de las guías en la biblioteca virtual de la institución la cual está disponible en cada uno de los equipos de cómputo de la institución.</p>	<p>100%</p>	<p>El total de los médicos, colaboradores del servicio de urgencias tienen conocimiento de la disponibilidad de las guías en la biblioteca virtual de la institución la cual está disponible en cada uno de los equipos de cómputo de la institución.</p>	<p>100%</p>	<p>El total de los médicos, colaboradores del servicio de urgencias tienen conocimiento de la disponibilidad de las guías en la biblioteca virtual de la institución la cual está disponible en cada uno de los equipos de cómputo de la institución.</p>	<p>SI</p>
<p>5</p>	<p>Facilitar la pertinencia del quehacer médico comparando lo descrito o expreso en la Historia Clínica (motivo de consulta, enfermedad actual, revisión de sistemas, signos vitales, examen físico, impresión diagnóstica o diagnóstico principal, y relacionados, plan de manejo paraclinicos, medicación, análisis, recomendaciones, seguimiento) frente a las guías previamente dadas a conocer</p>	<p>Porcentaje de pertinencia del quehacer médico (adherencia a Guías) frente a la aplicabilidad de lo definido en la guía correspondiente para cada una de las diez primeras causas de consulta por el servicio de urgencias: Número de médicos que desarrollan su quehacer con pertinencia a lo descrito en la guía de manejo correspondiente / número total de médicos x 100</p>	<p>En la auditoría concurrente y en la auditoría del servicio de urgencias se audita la pertinencia, la calidad del dato, la adherencia a la guía, entre otras y se elaboran los respectivos informes trimestrales y periódicamente se retroalimentan los médicos en forma individual, acerca de los hallazgos encontrados.</p>	<p>80%</p>	<p>En la auditoría concurrente y en la auditoría del servicio de urgencias se audita la pertinencia, la calidad del dato, la adherencia a la guía, entre otras y se elaboran los respectivos informes trimestrales y periódicamente se retroalimentan los médicos en forma individual, acerca de los hallazgos encontrados.</p>	<p>100%</p>	<p>En la auditoría concurrente y en la auditoría del servicio de urgencias se audita la pertinencia, la calidad del dato, la adherencia a la guía, entre otras y se elaboran los respectivos informes trimestrales y periódicamente se retroalimentan los médicos en forma individual, acerca de los hallazgos encontrados.</p>	<p>SI</p>
<p>7</p>	<p>Consolidación y entrega de informes por parte del Comité de Calidad</p>	<p>Un informe final</p>	<p>Esta actividad deberá realizarse en 2016</p>	<p>N/A</p>	<p>Actividades que requieren Plan de Mejoramiento</p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>

¿Se requiere la elaboración de Plan de Mejoramiento?

Elaboró: Planeación Revisó: Comité de Archivo Aprobó: Gerente





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDIO  
NIT: 801001440-8

Código: E-PL-004  
Versión: 2  
Fecha de elaboración: 03/03/2013  
Fecha de revisión: 28/03/2014  
Página: 1 de 1

Subgerencia de Planificación Institucional

Unidad Administrativa:

Nombre del Documento: Seguimiento y evaluación a la Planificación

Indicador Numero 26 del plan de gestion del Gerente (Oportunidad promedio en la atención de consulta medica general)

Firma del Responsable

*Haydée*

Metas o Actividades a Evaluar

No.	Actividad o Meta	Indicadores	Resultados Obtenidos en el Trimestre			
			1er Trim	2do Trim	3er Trim	4to Trim
1	Realizar mensualmente el análisis del porcentaje de sustitución (consulta medica, odontologica, higiene oral y enfermeria) a través del Software Dinamica.NET Obtener el 80% de sustitución	Número de sustituciones registradas mensual/ Número de citas Incumplidas mensual	<p>Explicación</p> <p>Durante el primer trimestre se realizó seguimiento quincenal al resultado de sustitución, se promediaron los porcentajes de medicina, odontología, enfermería e higiene oral, alcanzando un 80% en sustitución de citas incumplidas. El indicador en este trimestre se obtuvo de Dinamica Gerencial.Net ; sobre las agendas habilitadas. Esta evidencia reposa en la carpeta seguimiento proceso inasistencia y sustitución en la Dirección Técnica Ambulatoria</p>	<p>Explicación</p> <p>Durante el segundo trimestre se continuo con el seguimiento quincenal al resultado de sustitución, se notifico a los centros de salud por medio de ofido el resultado para el respectivo analisis. Se promediaron los porcentajes de medicina, odontología, enfermería e higiene oral, alcanzando un 88% en sustitución de citas incumplidas. El indicador en este trimestre se obtuvo de Dinamica Gerencial.Net ; sobre las agendas habilitadas. Esta evidencia reposa en la carpeta seguimiento proceso inasistencia y sustitución en la Dirección Técnica Ambulatoria</p>	<p>Explicación</p> <p>Durante el tercer trimestre se continuo con el seguimiento quincenal al resultado de sustitución, se notifico a los centros de salud por medio de ofido el resultado para el respectivo analisis. Se promediaron los porcentajes de medicina, odontología, enfermería e higiene oral, alcanzando un 85% en sustitución de citas incumplidas. El indicador en este trimestre se obtuvo de Dinamica Gerencial.Net ; sobre las agendas habilitadas.</p>	<p>Explicación</p> <p>Durante el cuarto trimestre se continuo con el seguimiento quincenal al resultado de sustitución, se notifico a los centros de salud por medio de ofido el resultado para el respectivo analisis. Se promediaron los porcentajes de medicina, odontología, enfermería e higiene oral, alcanzando un 85% en sustitución de citas incumplidas. El indicador en este trimestre se obtuvo de Dinamica Gerencial.Net ; sobre las agendas habilitadas. Se resalta que a pesar de la disminución de horas contratadas para los meses de noviembre y diciembre, se dio cumplimiento a las citas manteniendo el Indicador por encima del 80% en promedio. Esta evidencia reposa en la carpeta seguimiento proceso inasistencia y sustitución en la Dirección Técnica Ambulatoria</p>
		9312 / 11642 80%	10473 / 11845 88%	10964 / 12300 89%	8627 / 10369 85%	

<p>Realizar mensualmente medición del porcentaje de incidencia (consulta médica, odontológica, enfermería) a través del Software Dinámica.NET</p> <p>Informe mensual</p>	<p>11642 / 9340</p> <p>Número de citas incumplidas mensual / Número total de citas programadas mensuales</p> <p>11,8</p>	<p>Durante el primer trimestre se realizó seguimiento quincenal al resultado de incidencia, se observó un porcentaje de incidencia del 11,8%. En los análisis se ha observado que el más alto número de incidencia corresponde a las actividades de P y D en enfermería</p> <p>Esta evidencia reposa en la carpeta seguimiento proceso inasistencia y sustitución en la Dirección Técnica Ambulatoria</p>	<p>11945 / 106432</p> <p>11,1</p>	<p>Se continúa durante el segundo trimestre con el seguimiento quincenal al resultado de inasistencia, se observó un porcentaje del 11,1%. En los análisis se observó que continúan las actividades de P y D en enfermería, siendo el más alto número de inasistencia.</p> <p>Esta evidencia reposa en la carpeta seguimiento proceso inasistencia y sustitución en la Dirección Técnica Ambulatoria</p>	<p>12309 / 86643</p> <p>14</p>	<p>Durante el tercer trimestre se observa un incremento en el resultado de este indicador, se continúa durante el tercer trimestre con el seguimiento quincenal al resultado de inasistencia. Se diseñó un formato para realizar el seguimiento diario de inasistentes por cada centro de salud</p> <p>Esta evidencia reposa en la carpeta seguimiento proceso inasistencia y sustitución en la Dirección Técnica Ambulatoria</p>	<p>74497 / 10269</p> <p>14</p>	<p>Durante el cuarto trimestre se observa un incremento en el resultado de este indicador, se continúa durante el cuarto trimestre con el seguimiento quincenal al resultado de inasistencia. Se diseñó un formato para realizar el seguimiento diario de inasistentes por cada centro de salud. Se evidenció una disminución de citas programadas, toda vez que para los meses de noviembre y diciembre se presentó un recorte significativo de horas contratadas de profesionales</p> <p>Esta evidencia reposa en la carpeta seguimiento proceso inasistencia y sustitución en la Dirección Técnica Ambulatoria</p>	<p>se continuó con el seguimiento quincenal al resultado de la oportunidad implementando acciones de mejoramiento como lo fue apoyo consulta médica en los centros de salud paraíso, Clanta, Correa Grillo y Milagroza, además se cuenta con la consulta al día en los centros de salud Piloto Uribe, Hospital del Sur y Fundadores y se continúa con el proceso de cita referida del servicio de urgencias a centros de salud.</p> <p>La evidencia reposa en la carpeta de seguimiento al proceso de oportunidad en la Dirección Técnica Ambulatoria.</p>
<p>Sumatoria total de los días hábiles transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general de primera vez y la fecha para la cual es asignada la cita</p> <p>Oportunidad en la asignación de citas en consulta médica general</p>	<p>34.056 / 23050</p> <p>1,4</p>	<p>Durante el primer trimestre se realizó seguimiento quincenal al resultado de la oportunidad implementando acciones de mejoramiento como lo fue apoyo consulta médica en los centros de salud patilla, miraflores, la Clarita y santa Rita, además se cuenta con la consulta al día en los centros de salud Piloto Uribe, Hospital del Sur y Fundadores. Se debe tener en cuenta que durante el mes de febrero no se prestó el servicio por algunos días a la EPS Capracom por ausencia de contrato, permitiendo así mayor accesibilidad a los usuarios de las otras EPS la consulta.</p> <p>La evidencia reposa en la carpeta de seguimiento al proceso de oportunidad en la Dirección Técnica Ambulatoria.</p>	<p>61943 / 22330</p> <p>2,8</p>	<p>Durante el segundo trimestre se continuó con el seguimiento quincenal al resultado de la oportunidad implementando acciones de mejoramiento como lo fue apoyo consulta médica en los centros de salud paraíso, clanta, Hospital, Miraflores, Piloto Uribe, CAA del Sur y Correa Grillo, además se cuenta con la consulta al día en los centros de salud Piloto Uribe, Hospital del Sur y Fundadores. Se debe tener en cuenta que a partir del 10 de Junio se implementó el proceso de cita referida del servicio de urgencias a centros de salud.</p> <p>La evidencia reposa en la carpeta de seguimiento al proceso de oportunidad en la Dirección Técnica Ambulatoria.</p>	<p>56207 / 19432</p> <p>2,9</p>	<p>se continuó con el seguimiento quincenal al resultado de la oportunidad implementando acciones de mejoramiento como lo fue apoyo consulta médica en los centros de salud paraíso, Clanta, Correa Grillo y Milagroza, además se cuenta con la consulta al día en los centros de salud Piloto Uribe, Hospital del Sur y Fundadores y se continúa con el proceso de cita referida del servicio de urgencias a centros de salud.</p> <p>La evidencia reposa en la carpeta de seguimiento al proceso de oportunidad en la Dirección Técnica Ambulatoria.</p>	<p>24760 / 12953</p> <p>1,9</p>	<p>se continuó con el seguimiento quincenal al resultado de la oportunidad implementando acciones de mejoramiento como lo fue apoyo consulta médica en los centros de salud paraíso, Correa Grillo, Quirinos, Nueva Libertad, clanta, Paraiso y Miraflores, además se cuenta con la consulta al día en los centros de salud Piloto Uribe, Hospital del Sur y Fundadores y se continúa con el proceso de cita referida del servicio de urgencias a centros de salud.</p> <p>La evidencia reposa en la carpeta de seguimiento al proceso de oportunidad en la Dirección Técnica Ambulatoria.</p>	

<p>4. Oportunidad en la asignación de citas odontológicas</p>	<p>Sumatoria total de los días hábiles transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta odontológica de primera vez y la fecha para la cual es asignada la cita</p>	<p>10,263 / 8637 1,1</p>	<p>Durante el primer trimestre se realizó seguimiento quincenal al resultado de la oportunidad implementando acciones de mejoramiento como lo fue apoyo consulta odontológica en los centros de salud Pícolo Uribe, Hospital dial Sur y Fundadores. Se debe tener en cuenta que durante el mes de febrero no se prestó el servicio por algunos días a la EPS Caprecom por ausencia de contrato, permitiendo así mayor accesibilidad a los usuarios de las otras EPS la consulta.</p> <p>La evidencia reposa en la carpeta de seguimiento al proceso de oportunidad en la Dirección Técnica Ambulatoria.</p>	<p>11265 / 8109 1,4</p>	<p>Durante el segundo trimestre se continuó con el seguimiento quincenal al resultado de la oportunidad implementando acciones de mejoramiento como lo fue apoyo consulta odontológica en los centros de salud Miraflores, Nueva Libertad y Correa Grillo.</p> <p>La evidencia reposa en la carpeta de seguimiento al proceso de oportunidad en la Dirección Técnica Ambulatoria.</p>	<p>17877 / 9419 2,1</p>	<p>Durante el tercer trimestre se continuó con el seguimiento quincenal al resultado de la oportunidad implementando acciones de mejoramiento como lo fue apoyo consulta odontológica en los centros de salud Miraflores, Nueva Libertad y Santa Rita.</p> <p>La evidencia reposa en la carpeta de seguimiento al proceso de oportunidad en la Dirección Técnica Ambulatoria.</p>	<p>13547 / 5926 2,2</p>	<p>Durante el cuarto trimestre se continuó con el seguimiento quincenal al resultado de la oportunidad implementando acciones de mejoramiento como lo fue apoyo consulta odontológica en los centros de salud Miraflores, Mlagrosa, Nueva Libertad y Santa Rita.</p> <p>La evidencia reposa en la carpeta de seguimiento al proceso de oportunidad en la Dirección Técnica Ambulatoria.</p>
<p>5. Informes de gestión de los centros de salud</p>	<p>Número de fichas de coordinadoras y diligenciadas/ Total de Centros de Salud. Unidad Intermedia del Sur</p>	<p>14 / 14 100%</p>	<p>Mensualmente se remitieron por parte de las coordinadoras y/o líderes de los centros de salud las 14 fichas de gestión con el análisis de tendencia, Además se realizó consolidación de la información remitida en las diferentes fichas de los centros de salud, donde se analizó la oportunidad, producción, productividad, cumplimiento de metas de P y D entre otros de toda la Red.</p> <p>Las evidencias reposan en medio magnético en la Dirección Técnica Ambulatoria.</p>	<p>14 / 14 100%</p>	<p>Mensualmente se remitieron por parte de las coordinadoras y/o líderes de los centros de salud las 14 fichas de gestión con el análisis de tendencia, Además se realizó consolidación de la información remitida en las diferentes fichas de los centros de salud, donde se analizó la oportunidad, producción, productividad, cumplimiento de metas de P y D entre otros de toda la Red.</p> <p>Las evidencias reposan en medio magnético en la Dirección Técnica Ambulatoria.</p>	<p>14 / 14 100%</p>	<p>Mensualmente se remitieron por parte de las coordinadoras y/o líderes de los centros de salud las 14 fichas de gestión con el análisis de tendencia, Además se realizó consolidación de la información remitida en las diferentes fichas de los centros de salud, donde se analizó la oportunidad, producción, productividad, cumplimiento de metas de P y D entre otros de toda la Red.</p> <p>Las evidencias reposan en medio magnético en la Dirección Técnica Ambulatoria.</p>	<p>14 / 14 100%</p>	<p>Mensualmente se remitieron por parte de las coordinadoras y/o líderes de los centros de salud las 14 fichas de gestión con el análisis de tendencia, Además se realizó consolidación de la información remitida en las diferentes fichas de los centros de salud, donde se analizó la oportunidad, producción, productividad, cumplimiento de metas de P y D entre otros de toda la Red.</p> <p>Las evidencias reposan en medio magnético en la Dirección Técnica Ambulatoria.</p>
<p>6. Seguimiento mensual de los resultados de la productividad por oferta de servicios en cada centro de salud.</p>	<p>Número de análisis realizados/ Número de informes programados</p>	<p>1 / 1 = 100%</p>	<p>Se realizó un seguimiento mensual de la producción vs horas contratadas de recurso humano en las diferentes ofertas de servicio, obteniendo los siguientes resultados en promedio para el primer trimestre:</p> <p>Oferta médica: 97,6% Enfermería: 95,6% Odontología: 123,6% Higiene Oral: 112% Ginecología: 65% Nutrición: 69% Medicina Interna: 84% Psicología: 73%.</p> <p>La evidencia reposa en la carpeta de Seguimiento Proceso POA en la Dirección Técnica Ambulatoria</p>	<p>1 / 1 = 100%</p>	<p>Se realizó un seguimiento mensual de la producción vs horas contratadas de recurso humano en las diferentes ofertas de servicio, obteniendo los siguientes resultados en promedio para el segundo trimestre:</p> <p>Oferta médica: 98% Enfermería: 98,3% Odontología: 107% Higiene Oral: 89% Ginecología: 96,8% Nutrición: 93% Medicina Interna: 96% Psicología: 92%.</p> <p>La evidencia reposa en la carpeta de Seguimiento Proceso POA en la Dirección Técnica Ambulatoria</p>	<p>1 / 1 100%</p>	<p>Se realizó un seguimiento mensual de la producción vs horas contratadas de recurso humano en las diferentes ofertas de servicio, obteniendo los siguientes resultados en promedio para el tercer trimestre:</p> <p>Oferta médica: 97% Enfermería: 89% Odontología: 110% Higiene Oral: 115% Ginecología: 99,5% Nutrición: 79% Medicina Interna: 90% Psicología: 78%.</p> <p>La evidencia reposa en la carpeta de Seguimiento Proceso POA en la Dirección Técnica Ambulatoria</p>	<p>1 / 1 100%</p>	<p>Se realizó un seguimiento mensual de la producción vs horas contratadas de recurso humano en las diferentes ofertas de servicio, obteniendo los siguientes resultados en promedio para el cuarto trimestre:</p> <p>Oferta médica: Enfermería: Odontología: Higiene Oral: Ginecología: Nutrición: Medicina Interna: Psicología:</p> <p>La evidencia reposa en la carpeta de Seguimiento Proceso POA en la Dirección Técnica Ambulatoria</p>

Elaboró: Planeación

Revisó: Comité de Archivo

Aprobó: Gerente