

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E - MATRIZ INDICADORES PLAN OPERATIVO ANUAL 2020

PERSPECTIVAS	LINEA ESTRATEGICA	PROGRAMA	SUBPROGRAMA	OBJETIVO	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE			
FINANCIERA	1. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	1.1 Incremento y control de los ingresos económicos por subsidio a la demanda.	1.1.1 Fortalecimiento del proceso de facturación	Incrementar la facturación bruta promedio mes	Millones	462000	Subgerencia Financiera			
				Alcanzar y sostener el nivel de la glosa aceptada	% de glosa	≤5%				
				Alcanzar y sostener el nivel de radicación	% de radicación	98%				
				Saneamiento de cartera	% de cartera saneada	85%				
				Conciliar la cartera	% de Conciliación	90%				
		1.2 Desarrollo y aplicación de la Ley 550 de 1999	1.2.1 Saneamiento de pasivos.	Intervención para disminuir los costos y gastos acorde con la producción.	Intervención para incrementar el Superávit sobre recaudo con reconocimiento.	Puntos Porcentuales	≥10	Subgerentes Fin - Activo - Salud		
					Alcanzar y sostener el recaudo de la cartera vigencia anterior	% de recaudo vigencia anterior	53%			
					Alcanzar y sostener el recaudo de la cartera corriente	% de recaudo corriente	40%			
					Meta de resultado: Dar cumplimiento acuerdo reestructuración de pasivos mes a mes una vez firmado. Meta 2019 100%	%	≤10			
USUARIOS	2. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	2.1 Productividad y Gestión Comercial de los Servicios de Salud.	2.1.1 Aumento de la producción en los servicios	Realizar cirugías de alta complejidad mes	Número	4.923	Subgerencia de Servicios de Salud			
				Hemodinamia	Numero	2.112,0				
				Exámenes de Laboratorio	Número	1.066.926				
				Imágenes Diagnósticas tomadas	Número	150.449				
				Pacientes UCI	Número	4.495				
				Banco de Sangre	Número	103.610				
				Consulta especializada de urgencias	Número	15.131				
				Consulta especializada electiva	Número	160.502				
				Radioterapia	Número	20.012				
				Sesiones de terapia física	Número	74.334				
				Sesiones de terapia respiratoria	Número	181.675				
				Partos	Número	5.262				
				Cesáreas	Número	1.764				
				Egresos	Número	18.666				
				2.1.2 Gestión de medicamentos, insumos y dispositivos médicos en relación con los requerimientos.	Cumplimiento en la disposición de insumos	% de cumplimiento		100%	Oficina Coordinadora GTYL	
				Cumplimiento en la disposición de dispositivos médicos	% de cumplimiento	100%				
				2.2 Gestión de la Tecnología Biomédica e Industrial.	2.2.1 Modernización, mantenimiento y metrología de los equipos.	Formular y radicar 4 proyectos para Mejorar la dotación tecnológica biomédica e industrial		Numero	4	Planeación y Oficina Coordinadora Gestión Técnica y Logística
						Mantenimiento preventivo de la Dotación tecnológica		% de cumplimiento	90%	
		Mantenimiento preventivo de los equipos industriales	% de cumplimiento			90%				
		2.3 Gestión de la Infraestructura Física Hospitalaria.	2.3.1 Mejoramiento de la infraestructura física para la prestación de servicios de salud para el cumplimiento de los estándares de calidad.	Cumplir el programa de calibración, metrología y ajuste de equipos biomédicos	% de cumplimiento	90%	Planeación			
				Realizar proyectos para Mejorar la capacidad Física instalada	Numero	4				
				Realizar el Plan de Mantenimiento de la Infraestructura física programado	Porcentaje	90%				
		PROCESOS	3. MODERNIZACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y CLÍNICOS.	3.1 Gestión Clínica Excelente y Segura.	3.1.1 Atención Segura	Cumplimiento del programa de Seguridad del Paciente	Porcentaje	90%	Subgerencia de Servicios de Salud	
Cumplimiento del programa de Farmacovigilancia	Porcentaje					90%	Líder de Farmacia			
Cumplimiento del programa de tecnovigilancia	Porcentaje					90%	Líder de Farmacia			
Cumplimiento del programa de reactivovigilancia	Porcentaje					90%	Líder de Laboratorio clínico			
Cumplimiento del programa de hemovigilancia	Porcentaje					90%	Director de Banco de Sangre			
Cumplimiento del plan de epidemiología (Control de infecciones, Eventos en Salud Pública).	Porcentaje					90%	Comité de infecciones			
3.1.2 Mejoramiento del proceso de auditoria asistencial.	Cumplimiento del programa de auditoria asistencial institucional (Adherencia a guías transfusionales, análisis de mortalidad institucional, etc)					Porcentaje	90%	Subgerencia de Servicios de Salud		
3.2 Atención centrada en el usuario y su familia.	3.2.1 Mejoramiento de la imagen institucional al interior y exterior del Hospital.			Gestión de PQRS antes de 15 días	Porcentaje	100%	Jefe de Oficina Coordinadora de Atención al Usuario			
				Proporción Global de la satisfacción de los usuarios del Hospital (Recomendación del servicio a otras personas)	Porcentaje	90%	Jefe de Oficina Coordinadora de Atención al Usuario			
				Plan de Comunicaciones	Porcentaje	90%	Líder de Comunicaciones			
3.3 Cultura Organizacional.	3.3.1 Sentido de Orgullo			Cumplimiento del programa de humanización	Porcentaje	90%	Líder de humanización			
				Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitaciones - PIC	Porcentaje	90%	Jefe de oficina coordinadora de			
				Cumplimiento del Plan de bienestar	Porcentaje	90%				
				Cumplimiento Clima Organizacional	Porcentaje	90%				

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E - MATRIZ INDICADORES PLAN OPERATIVO ANUAL 2020

PERSPECTIVAS	LINEA ESTRATEGICA	PROGRAMA	SUBPROGRAMA	OBJETIVO	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE
APRENDIZAJE E INNOVACION	4. FORTALECIMIENTO Y CONTROL DE LA RELACION DOCENCIA SERVICIO	3.4 Integración del sistema de información.	3.4.1 Desarrollo y soporte para la integración de la información.	Cumplimiento del Programa del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Porcentaje	90%	Talento Humano
				Parametrizar Servinte Clinical Suite para que sus módulos operen de forma integrada	Porcentaje	90%	Oficina Coordinadora GI
				Fortalecer la infraestructura de red de datos	Porcentaje	90%	Oficina Coordinadora GI
				Fortalecer la infraestructura de servidores	Porcentaje	90%	Oficina Coordinadora GI
				Fortalecer las aplicaciones de apoyo	Porcentaje	90%	Oficina Coordinadora GI
				Garantizar la plataforma tecnológica de usuario	Porcentaje	90%	Oficina Coordinadora GI
		3.5 Responsabilidad social empresarial.	3.5.1 Cultura de compromiso ambiental.	Implementar un programa de conservación y eficiencia energética que reduzca la proporción del consumo de energía vs la producción de los servicios de salud.	Porcentaje	20%	Gestión Técnica y Logística
				Implementar estrategias de ahorro proporcional al consumo responsable del agua vs. la producción de los servicios de salud y lograr un ahorro.	Porcentaje	20%	Gestión Técnica y Logística
			3.5.2 Plan para la atención integral a víctimas de la violencia y población vulnerable.	Cumplimiento del PGRASA	Porcentaje	90%	Gestión Técnica y Logística
			Consolidar una estrategia incluyente de atención integral a las víctimas de la violencia y población vulnerable.	Porcentaje	90%	Atención al Usuario y Subgerencia Servicios de Salud	
	4.1 Gerencia de las relaciones Docencia Servicio e investigación. 1	4.1.1 Seguimiento y control a la relación docencia servicio.	Cumplimiento de los CODA (Comité Docencia Asistencial) programados por cada I.E.S. (Institución de Educación Superior)	Porcentaje	90%	Proceso Docencia Asistencial y Extensión	
			Seguimiento a los planes de practica hospitalaria por cada programa académico de cada una de las I.E.S.	Porcentaje	90%	Proceso Docencia Asistencial y Extensión	
			Desarrollar grupos de investigación en articulación con entidades educativas en convenio	Numero	1	Proceso Docencia Asistencial y Extensión	
			Numero de publicaciones en revistas científicas	Numero	5	Proceso Docencia Asistencial y Extensión	
PROCESOS/CLIENTES	5. ACREDITACION INSTITUCIONAL	5.1 Gerencia de la Acreditación Institucional.	5.1.1 Mejoramiento continuo de la gestión clínica.	Cumplimiento del PAMEC del grupo de mejoramiento primario de asistencial-PACAS	Porcentaje	90%	Gestión de calidad
			5.1.2 Mejoramiento continuo de la gestión estratégica.	Cumplimiento del PAMEC del grupo de mejoramiento primario de direccionamiento estratégico	Porcentaje	90%	Gestión de calidad
			5.1.3 Mejoramiento continuo de la gestión administrativa.	Cumplimiento del PAMEC del grupo de mejoramiento primario de talento humano	Porcentaje	90%	Gestión de calidad
			Cumplimiento del PAMEC del grupo de mejoramiento primario de gestión de la tecnología	Porcentaje	90%	Gestión de calidad	
CLIENTES	6. Liderar el desarrollo de la Red Pública en la prestación integral de servicios de salud suroccidente	6.1 Programa: Lograr la articulación de la red con énfasis en el área metropolitana (yumgo y jamundi)	6.1.2 Apoyo constante y permanente en los servicios de complementariedad.	Distribución de los servicios de complementariedad acordes al nivel y disponibilidad	Porcentaje de efectividad y cumplimiento	≥60%	Gerencia
			6.1.3 Extensión y ampliación de la Red de Hospitalización.	Potencializar a través del uso de la capacidad hospitalaria existente	Porcentaje	85%	Gerencia
			6.1.4 Focalización y definición de las intervenciones quirúrgicas.	Incrementar la red de hospitalización	porcentaje	50%	Gerencia
			Identificar el tipo de intervención quirúrgica ofertadas por cada una de las instituciones	Porcentaje	90%	Gerencia	