

PLAN OPERATIVO ANUAL 2018



OBJETIVO ESTRATEGICO	META	LÍNEA BASE	INDICADOR NOMBRE	CUANTIFICACIÓN DE LA META				PERIODICIDAD	ACTIVIDADES	%	RESPONSABLE		
				I	II	III	IV						
				Prog	Prog	Prog	Prog						
Formular e implementar un modelo de atención integral que dé respuesta efectiva a las necesidades en salud de la población.	Implementar siete (7) rutas integrales de atención en salud - RIAS en la Subred Norte.	4 Rutas Diseñadas en Implementación (Crónicos-Cardio Cerebro Vascular Metabólico, Materno Infantil, Cáncer, Salud Mental-Psicossocial y Comportamiento)	Rutas implementadas.	5	2			Mensual	Diseño técnico de las 3 Rutas Integrales de Atención RIAS (EPOC, Salud Mental-SPA, Enfermedades Infecciosas) para la articulación entre unidades primarias (Z1), CAPS (5) y UMHES (4).	1,02	Sandra Bocarejo y Inés Patricia Martínez Dirección Gestión del Riesgo - Dirección Servicios Ambulatorios		
									Implementación de las 7 Rutas Integrales de Atención Definidas	0,99			
									Seguimiento mensual al tablero de indicadores de las RIAS	0,99			
	Canalizar efectivamente el 60% de la población objeto de atención identificada (Capital Salud y PPNA).	26.7% de canalización efectiva de 183.776 pacientes identificados	Porcentaje de pacientes canalizados efectivamente		15%	15%	15%	15%	Mensual	Organización de bases de datos y Georreferenciación de la población.	0,34	Sandra Bocarejo Dirección Gestión del Riesgo	
									Canalización efectiva de pacientes a las RIAS.	0,33			
									Análisis de Resultados de Canalización	0,33			
		Alcanzar un seguimiento del 100% y una adherencia promedio del 60% en las siete (7) rutas integrales de atención en salud. Crónicos: Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico 60% Infecciones respiratorias crónicas 50% Trastornos mentales y del comportamiento debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones 60% Trastornos psicosociales y del comportamiento 60% Cáncer 90% Condición Materno perinatal 85% Enfermedades infecciosas 45% Violencia relacionada con el conflicto, armado, Violencia de género, Violencia por conflictividad social 45%.	Línea base general: Seguimiento 46% - Adherencia 36% Infecciones respiratorias crónicas Seguimiento 0% - Adherencia 0% Trastornos mentales y del comportamiento debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones Seguimiento 50% - Adherencia 45% Trastornos psicosociales y del comportamiento Seguimiento 80% - Adherencia 38% Condición Materno perinatal Seguimiento 70% - Adherencia 64,6% Enfermedades infecciosas Seguimiento 0% - Adherencia 0% Violencia relacionada con el conflicto, armado, Violencia de género, Violencia por conflictividad social Seguimiento 70% - Adherencia 49%	Porcentaje de pacientes con seguimiento a la ruta. Porcentaje de pacientes con adherencia a la ruta		10%	12%	12%	20%	Mensual	Diseño y operación del modelo de seguimiento (equipo de trabajo y herramientas)	1,02	Sandra Bocarejo y Inés Patricia Martínez Dirección Gestión del Riesgo - Dirección Servicios Ambulatorios
										Seguimiento y verificación de adherencia de ruta a pacientes inscritos por cada una de ellas	0,99		
										Generación de informes y socialización.	0,99		
		Lograr y mantener coberturas de vacunación iguales o mayores al 95% en la población sujetos de programa en las IPS publicas.	94%	Porcentaje de cumplimiento vacunación	95%	95%	95%	95%	Mensual	Implementación de estrategias que permitan alcanzar coberturas útiles de vacunación en las unidades de la Subred Norte	1	Sandra Bocarejo Dirección Gestión del Riesgo	
		Mantener o disminuir los indicadores trazadores de mortalidad (Localidades). Mortalidad materna 26,6 por 100.000 NV Mortalidad perinatal 12,3 por 1.000 NV+Fetales Mortalidad infantil 8,16 por 1.000 NV Mortalidad desnutrición 0 muertes por 100.000 Menores 5 años Fecundidad mujeres 10- 14 años disminuir en 6% Fecundidad mujeres 15- 19 años disminuir en 6% Bajo peso al nacer LB: 12,1% en NV.	Mortalidad materna 22,1 Mortalidad perinatal 12,1 Mortalidad infantil 8,1 Mortalidad desnutrición 0 Fecundidad mujeres 10- 14 años 0,6 Fecundidad mujeres 15- 19 años 24,1 Bajo peso al nacer 4,92	Cumplimiento de metas de mortalidad en indicadores trazadores.	100%	100%	100%	100%	Mensual	Fortalecimiento de las RIAS orientándolas al impacto de los indicadores trazadores. Seguimiento mensual al comportamiento de indicadores y socializar resultados. Participación en análisis de vigilancia de los casos presentados y generación de planes de mejora.	0,34 0,33 0,33	Sandra Bocarejo Dirección Gestión del Riesgo	
	Incrementar el despliegue de estrategias a 42,600 personas que cuentan con prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en el plan de intervenciones colectivas (espacios de vivienda, educativo y público).	35.500 personas vigencia 2017 ver aumento	Porcentaje de cumplimiento prácticas adecuadas	5%	5%	5%	5%	Mensual	Fomentar las prácticas de cuidado y autocuidado en los espacios de vivienda, educativo y público	1	Sandra Bocarejo Dirección Gestión del Riesgo		
	Mejorar la oportunidad en la asignación de citas para las consulta especializadas (medicina interna- 15 días, Gineco-obstetricia - 8 días y pediatría 5 días) dando cumplimiento durante el año 2018 a los estándares establecidos en la norma.	Medicina Interna 34,1 días Ginecología 15,9 Obstetricia 17,4 días Pediatría 20,1 días Diciembre	Oportunidad consulta	100%	100%	100%	100%	Mensual	Realizar análisis mensual al comportamiento de la agenda de consulta externa de especialidades Implementar las acciones de mejora tendientes a alcanzar las metas de oportunidad en consulta especializada	0,6 1,4	Inés Patricia Martínez Dirección Servicios Ambulatorios		

PLAN OPERATIVO ANUAL 2018



OBJETIVO ESTRATEGICO	META	LINEA BASE	INDICADOR NOMBRE	CUANTIFICACIÓN DE LA META				PERIODICIDAD	ACTIVIDADES	%	RESPONSABLE	
				I	II	III	IV					
				Prog	Prog	Prog	Prog					
Formular e implementar un modelo de atención integral que dé respuesta efectiva a las necesidades en salud de la población.	Mantener la oportunidad de atención en la consulta de urgencias en un tiempo igual o menor a 90 minutos para pacientes clasificados como triage III.	28,8 minutos Triage II	Oportunidad de Atención de triage III	Menor o Igual a 90 Min	Menor o Igual a 90 Min	Menor o Igual a 90 Min	Menor o Igual a 90 Min	Mensual	Validar la medición de la oportunidad de atención para triage III, generando estrategias de captura del dato	0,8	Maurício Cuberos Dirección servicio de Urgencias	
									Programación del recurso humano de acuerdo con variación de la demanda.	0,4		
									Análisis de información, socialización a equipos de salud y definición de acciones de mejora para alcanzar la meta de atención de triage III.	0,8		
	Disminuir al 95% o menos los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias.	102,6% Unidades Simón, VSE y Calle 80.	Porcentaje de Ocupación		2%	2%	2%	2%	Mensual	Unificación del proceso de atención de urgencias.	0,4	Maurício Cuberos Dirección servicio de Urgencias
									Seguimiento e intervención a los tiempos a través del proceso de atención.	0,8		
									Capacitación del talento humano en guías de práctica clínica.	0,8		
	Alcanzar estancias no mayores a 24 horas en servicio de urgencias.	35,56 horas	Promedio estancias en servicio de urgencias			24 H	24 H	24 H	Mensual	Realizar auditoría de pertinencia sobre ingresos a observación de urgencias.	0,4	Dr. Maurício Cuberos Dra. Clara Prada
									Seguimiento e intervención a los tiempos a través del proceso de atención.	0,4		
									Capacitación del talento humano en guías de práctica clínica.	0,3		
	Disminuir en un promedio del 10% el indicador de promedio día estancia en los servicios de hospitalización medicina interna - quirúrgicos.	5,4 medicina interna 4,8 Quirúrgicos	Días Estancia Hospitalaria			2%	4%	4%	Mensual	Implementar el servicio de Alta Temprana, a través del Programa de Hospitalización Domiciliaria	0,4	Clara Prada Dirección Servicios Hospitalarios Daniel Blanco Dirección de complementarios
										Realizar seguimiento a la operación del servicio de hospitalización domiciliaria en la Subred Norte	0,3	
										Capacitar a profesionales de los servicios de Medicina Interna y Quirúrgicos en Guías de Atención	0,3	
	Fortalecer la especialización de la Unidad Simón Bolívar en tres servicios (implementación unidad renal, hemodinámica y 16 nuevas unidades Cuidado Crítico Adultos).	No hay Unidad Renal No hay Hemodinámica 23 camas de UCI adulto	Implementación de Servicios Especializados			3			Mensual	Implementar la Unidad Renal y hemodinámica en UMHEs Simón Bolívar	1,0	Clara Prada Dirección de Hospitalización
										Realizar la apertura de 16 nuevas camas en la UMHEs Simón Bolívar	1,0	
									Seguimiento y análisis de producción y eficiencia de los nuevos servicios	1,0		
Ejecutar el 80% de las acciones establecidas para la reorganización y fortalecimiento de servicios en las Unidad Médicas Hospitalarias Especializadas de la Subred UMHEs.	0	Cumplimiento de las acciones de reorganización y fortalecimiento UMHEs		20%	20%	20%	20%	Mensual	Elaborar e implementación del plan de organización y fortalecimiento de servicios en las Unidad Médicas Hospitalarias Especializadas de la Subred UMHEs	1,0	Clara Prada Dirección de Hospitalización	
									Seguimiento mensual y generación de acciones mejora.	1,0		
Realizar análisis, plan de mejora y seguimiento al 100% de los eventos adversos presentados en la Subred Norte.	100% 1,610 Eventos adversos 2017	Gestión del evento adverso		100%	100%	100%	100%	Mensual	Fortalecimiento de reporte de sucesos inseguros en la Subred Norte.	0,3	María Eugenia Rodríguez Calidad	
									Análisis de los eventos adversos clasificados en la institución.	0,3		
									Socialización y aplicación de resultados de acciones de mejora - aprendizaje institucional.	0,3		
Incrementar en un 20% los resultados de autoevaluación de los estándares de acreditación en salud, dando cumplimiento al 80% de los planes de mejora a través de la gestión en el proceso de mejora continua.	Autoevaluación 2017: 1.0 Cumplimiento planes de mejora 91,6%	Nivel de avance en la calificación de autoevaluación de estándares de Acreditación			Igual o mayor 20%		80%	Anual	Desarrollo de la metodología de acreditación en su segundo ciclo.	1,5	María Eugenia Rodríguez Calidad	
									Planificación, ejecución y seguimiento a la estrategia de referenciación comparativa.	1,5		
Realizar un diagnóstico de la población del área de influencia (especialmente extranjeros) analizando su impacto en la prestación de servicios de salud.	Diagnóstico situacional ESE 2016	Diagnóstico elaborado			1			Semestral	Realización de diagnóstico de la población de área de influencia, con análisis de las variables que intervienen en el proceso.	0,5	Yuli Lozano - Mercadeo	
									Socialización de resultados del diagnóstico	0,5		

PLAN OPERATIVO ANUAL 2018



OBJETIVO ESTRATEGICO	META	LINEA BASE	INDICADOR NOMBRE	CUANTIFICACION DE LA META				PERIODICIDAD	ACTIVIDADES	%	RESPONSABLE
				I	II	III	IV				
				Prog	Prog	Prog	Prog				
Formular e implementar un modelo de atención integral que dé respuesta efectiva a las necesidades en salud de la población.	Realizar mensualmente análisis y ajustes de la capacidad instalada, de acuerdo al recursos y comportamiento de la demanda.	0	Cumplimiento de análisis.	3	3	3	3	Mensual	Generación de análisis mensual de capacidad instalada versus producción.	0,5	Mariela Araque Peña Desarrollo Institucional
									Generación de propuesta de ajuste de servicios de acuerdo a resultados del análisis.	1,0	
									Seguimiento ajustes realizados.	0,5	
	Fortalecer la competencia del 40% de servidores y colaboradores en el modelo AIS.	0	Cumplimiento programa de capacitación modelo AIS	5%	10%	10%	15%	Mensual	Formulación e implementación de programa de capacitación en modelo AIS	0,5	Claudia Galan - Gestión del Conocimiento
									Evaluación de las competencias en el tema de capacitación.	0,5	
	Operar la estrategia de Centros de Atención primaria - CAPS en tres (3) nuevas unidades de atención (CAPS transitorios).	5 CAPS Suba, San Cristóbal, Verbenal, Emaús y Chapinero	CAPS en operación		3			Mensual	Planeación e implementación de tres CAPS transitorios. (Fray, Prado/Gaitana y Calle 80)	1,4	Nancy Tabares e Inés Patricia Martínez Subgerencia de Prestación de Servicios Dirección Servicios Ambulatorios
									Socialización de la oferta de servicios a comunidad y EAPB.	0,6	
	Implementar el 90% la totalidad de los módulos del Sistema Integrado de Información Hospitalario de la Subred.	76%	Porcentaje de implementación del sistema de información	80%	82%	86%	90%	Mensual	Implementar el cronograma de puesta en producción de los módulos asistenciales y administrativos del Sistema Integrado de Información.	3,2	Norberto Ruiz Sistema de Información TIC
									Generar informes mensuales de avance al proceso de implementación de sistema de información.	0,8	
	Realizar inversión en infraestructura tecnología para soportar la implementación del sistema de información por valor de \$3,800 millones.	\$ 970.000.000,00	Porcentaje Valor gestionado de proyectos.		\$ 1.200.000		\$ 2.600.000	Mensual	Ejecutar proyecto de licenciamiento SDS - FFDS.	0,5	Norberto Ruiz Sistema de Información TIC
									Actualizar y gestionar el proyecto de fortalecimiento de la infraestructura tecnológica del sistema de información.	0,5	
	Ejecutar en un 90% el programa de reposición de equipo biomédico conforme a la priorización y los recursos de la vigencia.	90%	Ejecución programa de dotación		20%	20%	50%	Bimestral	Actualización y priorización de inventario de necesidades de reposición y dotación de equipo biomédico, acorde con la propuesta de reorganización de servicios en el marco del AIS-	0,8	Yaneth Rodríguez Dirección Administrativa
									Formulación y/o actualización, ejecución y seguimiento de proyectos de reposición y dotación de equipo biomédico.	1,2	
	Iniciar ejecución de tres (3) proyectos de inversión que contribuyan al desarrollo de la propuesta de reorganización de servicios en el marco del AIS.	1 proyecto de infraestructura (Urgencias Suba) 1 proyecto de dotación (No control) 1 proyecto de sistemas de información (Informix)	Porcentaje de proyectos ejecución.			1	2	Mensual	Priorización de proyectos de inversión en infraestructura y dotación acorde con la propuesta de reorganización de servicios en el marco del AIS-	0,4	Mariela Araque - Desarrollo Institucional
									Formulación/actualización de proyectos de inversión e inscripción en BPP.	0,8	
								Suscripción de convenios para ejecución de proyectos de inversión.	0,2		
Desarrollar de ocho (8) eventos académicos y/o de investigación en las líneas definidas por la Subred.	2 campañas de educación dirigidas a todo público. 1 evento académico intrainstitucional Participación en evento de médicos por la paz	Estrategias implementadas	1	1	3	3	Mensual	Una campaña trimestral de prevención de quemaduras	0,6	Claudia Galan - Gestión del Conocimiento	
								Realización de evento científico distrital.	0,6		
								Ejecución y publicación de un (1) proyecto de investigación.	0,6		
								Conformación del semillero de investigación Subred Norte.	0,6		
Mantener un índice de percepción de la satisfacción del usuario en 94%.	Índice de satisfacción 94% Fuente: Informe anual de Satisfacción	Nivel de Satisfacción del Usuario	mayor o igual a 94%	mayor o igual a 94%	mayor o igual a 94%	mayor o igual a 94%	Mensual	Suscripción e implementación de convenio para evento internacional de Médicos por la Paz - Colombia 2018.	0,6	Fanny Rugeles Participación Comunitaria y Atención al C usuario.	
								Evaluación periódica de la satisfacción del usuario y socialización de resultados.	4,0		
								Implementación de acciones tendientes a disminuir la insatisfacción en el usuario.	4,0		

PLAN OPERATIVO ANUAL 2018



OBJETIVO ESTRATEGICO	META	LINEA BASE	INDICADOR NOMBRE	CUANTIFICACION DE LA META				PERIODICIDAD	ACTIVIDADES	%	RESPONSABLE
				I	II	III	IV				
				Prog	Prog	Prog	Prog				
Impactar positivamente la satisfacción del cliente interno, externo y sus familias a través de un modelo de atención integral.	Implementar en un 90% las estrategias programadas para la vigencia producto de la medición de cultura organizacional.	0 Fuente: Dirección del Talento Humano	Grado de implementación de estrategias		30%	30%	30%	Trimestral	Realizar la medición/evaluación de la cultura organizacional.	1,2	Alicia Martinez Talento Humano
									Socializar resultados y construir participativamente el plan de intervención.	1,2	
									Implementación de plan de intervención.	1,2	
									Socialización del modelo de atención, modelo de prestación y rutas integrales a colaboradores.	0,8	
									Implementación del plan de bienestar	0,8	
									Implementación del plan de capacitación institucional	0,8	
									Implementación del plan de incentivos	0,8	
					Fortalecer el uso de las herramientas de comunicación interna para el despliegue de la información institucional de gestión y desarrollo de AIS.	1,2					
	Responder satisfactoriamente el 90% de las acciones correctivas o planes de mejora derivados de los informes de las Juntas Asesoras Comunitarias -JAC-.	0	Ejecución de acciones de mejora o correctivas	22,5%	22,5%	22,5%	22,5%	Mensual	Asistencia técnica a las JAC.	2,0	Fanny Rugeles Participación Comunitaria y Atención al C
									Implementación de acciones de mejora para responder a las recomendaciones de las JAC.	2,0	
Alcanzar un 90% de efectividad en la comunicación a cliente interno y externo informando modelo AIS y la reorganización de servicios.	0	Cumplimiento de efectividad	90%	90%	90%	90%	Mensual	Generación e implementación estrategias de comunicación que aseguren la socialización del modelo de atención.	2,0	Alexander - Comunicaciones	
								Evaluación de efectividad de la socialización	2,0		
								Generación de acciones de mejora para alcanzar meta propuesta.	2,0		
Alcanzar una participación igual o menor al 8% en las quejas presentadas por los usuarios cuya causa es la atención deshumanizada.	12% - 651 quejas	Porcentaje de peticiones por gestión deshumanizada.	8%	8%	8%	8%	Mensual	Análisis causal de peticiones presentadas por atención deshumanizada y socialización.	1,4	Fanny Rugeles Participación Comunitaria y Atención al C	
								Generación de acciones de mejora para disminuir las peticiones por atención deshumanizada.	1,3		
								Implementación de actividades del programa de humanización.	1,3		
Cumplir en un 100% las medidas y acciones definidas en el Plan de Ajuste al Gasto 2018.	0 Fuente: Informe seguimiento PAG	Porcentaje de cumplimiento	25%	25%	25%	25%	Mensual	Gestionar las actividades programadas en el plan de ajuste al gasto 2018, de acuerdo a compromisos de disminución de gastos, aumento de facturación y aumento de recaudo.	1,5	Mariela Araque Peña Desarrollo Institucional	
								Realizar evaluación mensual y definir acciones de mejora para asegurar cumplimiento de lo planeado.	1,5		
	Alcanzar un cumplimiento del 90% de las acciones de mejora identificadas en la implementación del nuevo modelo de remuneración PGPAFED.	0	Cumplimiento Plan de mejora	22,5%	22,5%	22,5%	22,5%	Mensual	Evaluación de resultados de la contratación con el nuevo modelo de remuneración.	50,0	Yuli Lozano - Mercadeo
									Formulación e implementación de las acciones de mejora correspondientes para alcanzar eficiencia en cada tipología.	1,5	
	Formular y ejecutar el 90% del plan de ventas 2018 basado en diagnóstico de población objeto y la cuantificación de metas en la venta de servicios por los diferentes segmentos y EAPB.	Plan de ventas 90%	Ejecución de plan de ventas	22,5%	22,5%	22,5%	22,5%	Mensual	Diagnóstico de población objeto y mercado - competencia. (Revisar riesgo y compromisos de pago de EPS contributivas).	1,0	Yuli Lozano - Mercadeo
									Organización de portafolio de servicios acorde a necesidades de población y mercado.	1,0	
									Seguimiento mensual a metas de venta de servicios programada.	1,0	
Aumentar la facturación por venta de servicios en un 5% frente al promedio mensual del año 2017.	\$ 27.045.454.345 mensuales.	Porcentaje de cumplimiento de meta de facturación		2%	2%	1%	Mensual	Seguimiento mensual a las metas de facturación por cada uno de los procesos asistenciales.	0,9	Pedro Nel Hernández Dirección Financiera	
								Implementación de programa de auditoría a facturación de los servicios ofertados.(concurrentes y de cuentas)	2,1		

PLAN OPERATIVO ANUAL 2018



OBJETIVO ESTRATEGICO	META	LINEA BASE	INDICADOR NOMBRE	CUANTIFICACION DE LA META				PERIODICIDAD	ACTIVIDADES	%	RESPONSABLE	
				I	II	III	IV					
				Prog	Prog	Prog	Prog					
Lograr equilibrio operacional de la ESE de manera sostenible.	Alcanzar un recaudo promedio mensual del 87% a través de la implementación de estrategias de recaudo sobre la cartera de la Subred Norte.	75% Recaudo: \$227.716.192.523 Apropiación Pptal x Vta. De Servicios: \$310.776.673.000	Porcentaje de cumplimiento de meta de recaudo	87%	87%	87%	87%	Mensual	Aplicar todas las estrategias de gestión y de recaudo sobre toda la cartera de la Subred Norte en etapa persuasiva contempladas en el Manual de cartera.	0,8	Pedro Nel Hernández Dirección Financiera	
									Realizar cruces contables con los pagadores con el fin de depurar la cartera.	0,6		
									Aplicar el cobro coactivo a pagadores que no cumplan con los pagos y/o compromisos de pago.	0,6		
		Disminuir la glosa definitiva a porcentaje igual o inferior al 5%.	7,1% Facturación Julio de 2017 \$26.405'581,537 Glosa recibida al 12/01/2018 \$1,874,245,972	Porcentaje de glosa	0,3%	0,3%	0,5%	1%	Mensual	Responder y radicar los valores derivados de las glosas y devoluciones anunciadas por los diferentes pagadores según lo determinan las normas.	1,2	Pedro Nel Hernández Dirección Financiera
									Socialización de hallazgos y generación de planes de mejora.	0,8		
		Implementar el 90% de las estrategias derivadas de los informes trimestrales del sistema de costos.	0 Informes trimestrales 2017 (4)	Porcentaje de cumplimiento en informes generados	22,5%	22,5%	22,5%	22,5%	Mensual	Elaboración de informe trimestral consolidado 2017 de conformidad a la Resolución DDC000002/2014.	0,6	Pedro Nel Hernández Dirección Financiera
									Estandarización del análisis de costos e intervención sobre las fluctuaciones encontradas.	0,6		
									Formulación de estrategias de intervención derivadas de informes de costos.	1,4		
		Realizar los procesos de selección de proveedores a través del mecanismo virtuales (compras conjuntas, Cooperativas ESE, mecanismos electrónicos, Colombia compra eficiente y EAGAT) para la compra de medicamentos y material médico quirúrgicos que permitan alcanzar un 50% de ejecución de los recursos asignados presupuestalmente por estos medios.	0	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante compras conjuntas, cooperativas ESE, mecanismo electrónico, EAGAT		10%	20%	20%	Mensual	Evaluación de estrategias de intervención y socialización de resultados.	0,5	Álvaro Galvis Dirección de Contratación
									Generar los términos de referencia para la compra de medicamentos y material médico quirúrgicos acorde a los consumos promedio y las necesidades de la Institución.	0,7		
									Realizar los procesos de selección a través de mecanismos virtuales para la compra de medicamentos y material médico quirúrgicos.	0,7		
		Realizar procesos de selección con el liderazgo y apoyo de EAGAT para las líneas de material de osteosíntesis, lavandería, alimentación, aseo, vigilancia, alcanzando como mínimo el 40% de ejecución de los recursos asignados para cada proceso.	0	Cumplimiento de proceso compras mediante apoyo y liderazgo de EAGAT		10%	15%	15%	Mensual	Realizar informe mensual de cumplimiento.	0,7	Álvaro Galvis Dirección de Contratación
								Cumplimiento a las directrices de EAGAT para la generación de términos de referencia para la compra de las líneas de material de osteosíntesis, lavandería, alimentación, aseo, vigilancia acorde a los consumos promedio y las necesidades de la Institución.	0,5			
									Realizar informe mensual de avance y cumplimiento de acuerdo a cronograma de EAGAT.	0,5		
	Alcanzar un resultado del equilibrio presupuestal del 0,90.	0,84 Anual 2017 Total Recaudo \$351.736'227.466 Total Comprometido \$416.597'754.131	Equilibrio presupuestal				mayor o igual 0,90	Anual	Evaluación mensual de resultado del equilibrio financiero e implementación de acciones tendientes a alcanzar la meta definida.	3,0	Pedro Nel Hernández Dirección Financiera - Todas las áreas	