

NUMERO	META	LÍNEA BASE	ACTIVIDADES	INDICADOR				CUANTIFICACIÓN DE LA META					
				NOMBRE	FÓRMULA		TIPO DEL INDICADOR	PRODUCTO	RESPONSABLE	I	II	III	IV
					NUMERADOR	DENOMINADOR				Prog	Prog	Prog	Prog
<b>PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>													
2458002	Gestionar cinco (5) proyectos de inversión que permitan el desarrollo de la propuesta de reorganización de servicios en el marco del AIS, (Atención materno-infantil CSE, Atención integral en salud mental FRAY, Dotación control especial, CAP rincón/tibabuyes y central de urgencias)	9 Proyectos Fuente: Ofc. Desarrollo Institucional	Formulación y actualización de proyectos de inversión acorde con la propuesta de reorganización de servicios en el marco del AIS- Inscripción en el Banco de Programas y Proyectos SDS Ejecución y seguimiento de los proyectos viabilizados y financiados.	Porcentaje de proyectos gestionados	Número de proyectos formulados, actualizados y gestionados	Número de proyectos programados para gestión en el periodo	Eficiencia	Proyectos con concepto favorable e inscripción en banco de programas y proyectos. Informes de seguimiento a la ejecución de los proyectos.	Desarrollo Institucional	25%	25%	25%	25%
2458003	Generar estrategias de cultura del servicio que permitan mantener el índice de satisfacción del usuario en un porcentaje mayor al 94%.	Índice de satisfacción 93.8% Fuente: Informe Anual de Satisfacción	Generar estrategias para garantizar la satisfacción del usuario. Realizar la medición de la satisfacción del usuario de manera trimestral. Generar planes de mejora frente a las oportunidades de mejora identificadas.	Nivel de Satisfacción del Usuario	Sumatoria de usuarios satisfechos	Total de usuarios encuestados	Calidad	Informe de encuesta de satisfacción ( medición, socialización y planes de mejora con su evaluación)	Participación Comunitaria y Atención al Ciudadano	mayor o igual a 94%	mayor o igual a 94%	mayor o igual a 94%	mayor o igual a 94%
2458007 2458008	Publicación de un (1) artículo de investigación realizada en la Subred en revista indexada.	0 No publicación indexadas Fuente: Ofc Gestión del Conocimiento	Implementar estrategias para incentivar la participación de la Subred en escenarios de investigación. Desarrollo de proyectos de investigación. Acompañar el proceso del grupo de investigación para la publicación de los resultados del proyecto de investigación.	Publicación de artículo de investigación en revista indexada	Artículo publicado en revista indexada		Efectividad	Artículo publicado en revista indexada	Gestión del conocimiento				1
2458006 2458003	Realizar una (1) medición/evaluación de cultura organizacional y la formulación de estrategias de intervención para facilitar el desarrollo del modelo de atención en salud AIS.	0 Fuente: Dirección del Talento Humano	Realizar la medición/evaluación de la cultura organizacional. Socialización del modelo de atención, modelo de prestación y rutas integrales a colaboradores. Implementación de plan de intervención que faciliten el desarrollo del modelo de atención en salud AIS. Fortalecer el uso de las herramientas de comunicación interna para el despliegue de la información institucional de gestión y desarrollo de AIS.	Existencia de una (1) medición/evaluación y (1) programa con despliegue de estrategias de intervención.	Evaluación de cultura organizacional y programa con enfoque de intervención realizada.			Medición/ evaluación de cultura organizacional y programa con enfoque de intervención.	Dirección Talento Humano		1		
2458001	A través de la contratación de servicios de salud alcanzar una participación mayor o igual al 10% de facturación de la EPS Capital Salud - régimen contributivo	4% La facturación a Régimen Contributivo de la EPS Capital Salud 2017 fue de \$2,680,718,331 Total Facturación régimen contributivo \$61,179,689,793 Fuente: Informe de facturación	Caracterización de población del régimen contributivo de la EPS Capital Salud. Oferta y negociación de portafolio de servicios a población contributiva de la EPS Capital Salud. Seguimiento a la demanda de servicios de la población contributiva de la EPS Capital Salud y a la facturación de servicios prestados.	Participación de la facturación a régimen contributivo - EPS Capital Salud	Valor facturación del periodo para Régimen Contributivo - EPS Capital Salud	Valor facturación total del régimen contributivo para periodo.	Eficiencia	Informe de facturación mensual	Mercadeo	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%

NUMERO	META	LÍNEA BASE	ACTIVIDADES	NOMBRE	INDICADOR		TIPO DEL INDICADOR	PRODUCTO	RESPONSABLE	CUANTIFICACIÓN DE LA META			
					FÓRMULA					I	II	III	IV
					NUMERADOR	DENOMINADOR							
2458002	Generación de un (1) informe trimestral de RIPS donde se realice análisis y se generen propuestas de acción frente a la prestación de servicios de salud	Se presentaron 4 informes a Junta Directiva. Fuente: Ofc Desarrollo Institucional	Análisis de la información de RIPS de manera trimestral. Presentación ante Comité Directivo y Junta Directiva. Formulación de plan de trabajo frente a las acciones acordadas para implementación.	Porcentaje de cumplimiento en informes RIPS generados y presentados.	Informes presentados a Junta Directiva	Informes programados para el periodo	Eficacia	Informe de análisis y propuestas de acción. Acta de Junta Directiva.	Desarrollo Institucional	1	1	1	1
2458005	Incrementar el 20% en la evaluación anual de los estándares de acreditación en salud, a través de la gestión en el proceso de mejora continua.	Autoevaluación 2017: 1.0 Fuente: Autoevaluación Acreditación - Ofc Calidad	Desarrollo del segundo ciclo de mejoramiento para la acreditación. Planificación, ejecución y seguimiento a la estrategia de referenciación comparativa. Planificación, ejecución y seguimiento al Sistema Integrado de Gestión.	Nivel de avance en la calificación de autoevaluación de estándares de Acreditación	Promedio de la calificación de autoevaluación del año	Promedio de la calificación de autoevaluación del año inmediatamente anterior	Efectividad	Informe de Autoevaluación	Calidad				Igual o mayor 20%
2458005	Cumplimiento del 90% de las acciones estructuradas en el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC.	85% (corte octubre 2017) Fuente: Evaluación PAMEC - Ofc Calidad	Estructuración, implementación y seguimiento al plan de mejoramiento institucional.	Porcentaje de cumplimiento de PAMEC	Número de acciones de mejora ejecutadas	Total de acciones proyectadas	Eficacia	Informe de cumplimiento del PAMEC	Calidad	22,5%	22,5%	22,5%	22,5%
<b>PROCESOS MISIONALES</b>													
2458001	Cumplir en un 90% las medidas y acciones de la estrategia de reorganización de servicios definidas en el Plan de Ajuste al Gasto 2018.	0 Fuente: Informe seguimiento PAG	Gestionar las actividades programadas en el plan de ajuste al gasto 2018 Realizar evaluación mensual y definir acciones de mejora para asegurar cumplimiento de lo planeado.	Porcentaje de cumplimiento del plan de ajuste al gasto	Número de actividades realizadas del plan de ajuste al gasto 2018	Número de actividades programadas del plan de ajuste al gasto 2018	Eficiencia	Evaluación plan de ajuste al gasto 2018.	Subgerencia prestación de Servicios de Salud	90%	90%	90%	90%
2458002	Implementar las siete (7) rutas integrales de atención en salud - RIAS en la Subred Norte	4 rutas con diseño e inicio de implementación. Fuente: Informe implementación Rutas - Gestión del Riesgo	Diseño e implementación del modelo de prestación entre unidades primarias (21), CAP (5) y UMHEs (4) para operación de RIAS. Conformación de equipos de salud. Capacitación y entrenamiento de equipos de salud en temas de rutas de atención y modelo de atención AIS	Porcentaje de rutas implementadas.	Rutas implementadas en el periodo.	Rutas programadas para implementación.	Efectividad	Diseño de ruta documentado	Dirección Gestión del Riesgo - Dirección Servicios Ambulatorios	5	2		
2458002 2458003	Realizar la identificación de la población objeto de atención (capital salud y PPNA) con los gestores de riesgo y asegurar la canalización efectiva del 60% de ella.	26.7% de canalización efectiva de 183.776 pacientes identificados Fuente: Informe implementación Rutas - Gestión del Riesgo	Organización de bases de datos y georeferenciación de la población. Ejecución de la programación de identificación de riesgos - gestores Despliegue de estrategias de canalización efectiva de pacientes a las RIAS.	Porcentaje de pacientes inscritos en las diferentes rutas integrales de atención	Número de pacientes inscritos en las rutas de atención en el periodo	Número de pacientes inscritos en rutas en el periodo anterior	Efectividad	Informe de canalización efectiva de usuarios en cada ruta integral de atención.	Dirección Gestión del Riesgo	35%	10%	10%	5%
2458002 2458003	Realizar seguimiento al 80% de los pacientes inscritos en las siete (7) rutas integrales de atención en salud	40% Pacientes con seguimiento asignados a la ruta. Fuente: Informe implementación Rutas - gestión del Riesgo	Diseño y operación del modelo de seguimiento (equipo de trabajo y herramientas) Seguimiento y verificación de cumplimiento de ruta a pacientes inscritos por cada una de ellas Generación de informes y socialización.	Porcentaje de pacientes con seguimiento y adherencia a la ruta	Número de pacientes con seguimiento y acciones en el periodo	Número de pacientes en la ruta de atención.	Efectividad	Informe de adherencia RIAS	Dirección Gestión del Riesgo - Dirección Servicios Ambulatorios	50%	10%	10%	10%
2458002 2458003	Lograr y mantener coberturas de vacunación iguales o mayores al 95% de acuerdo a población meta IPS pública	94% Fuente: Informe de vacunación	Implementación de estrategias que permitan alcanzar coberturas útiles de vacunación en las unidades de la Subred Norte	Porcentaje de cumplimiento vacunación	Número de dosis aplicadas	Número de dosis establecida en la meta	Eficacia	Informe PAI	Dirección Gestión del Riesgo	95%	95%	95%	95%

NUMERO	META	LÍNEA BASE	ACTIVIDADES	INDICADOR		TIPO DEL INDICADOR	PRODUCTO	RESPONSABLE	CUANTIFICACIÓN DE LA META				
				NOMBRE	FÓRMULA				I	II	III	IV	
					NUMERADOR								DENOMINADOR
2458003 2458002	Desplegar estrategias para aumentar en un 5% las personas que tienen prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en el plan de intervenciones colectivas (espacios de vivienda, educativo y público.)	35.500 personas vigencia 2017 Fuente: Gestión del Riesgo	Fomentar las prácticas de cuidado y autocuidado en los espacios de vivienda, educativo y público	Porcentaje de cumplimiento prácticas adecuadas	Número de usuarios con prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en la vigencia actual	Número de usuarios con prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en la vigencia anterior	Eficacia	Informe de seguimiento a plan de trabajo de espacio público	Dirección Gestión del Riesgo	1%	1%	2%	1%
2458002 2458003 2458005	Continuar el posicionamiento y reconocimiento del servicio de atención a paciente quemado, implementando 4 estrategias de educación e investigación.	2 campañas en vigencia 2017  1 Intrainstitucional  Se iniciaron 7 Proyectos de Investigación  1 Evento internacional - Popayán Fuente: Registros referente servicio quemados	Una campaña trimestral de prevención de quemaduras  Desarrollo de jornada académica distrital anual de atención a paciente quemado.  Ejecución y resultados de dos (2) proyectos de investigación en la línea de paciente quemado  Participación y desarrollo de convenio de un evento internacional de Médicos por la Paz - Colombia 2018.	Porcentaje de cumplimiento de estrategias implementadas	Número de estrategias implementadas en el periodo	Número de estrategias programadas	Eficacia	Informe de estrategias de posicionamiento y reconocimiento del servicio de atención a paciente quemado	Dirección de Hospitalización	12,5%	12,5%	25%	50%
2458002 2458003	Implementar la estrategia de Centros de Atención Primaria - CAPS en tres (3) nuevas unidades de atención (CAPS transitorios)	5 CAP Suba, San Cristóbal, Verbenal, Emaús y Chapinero Fuente: Dirección Ambulatorios	Continuar fortalecimiento de servicios especializados en los cinco (5) CAPS que se encuentran en operación.  Planeación e implementación de tres CAPS transitorios. ( Fray, Prado/Gaitana y Calle 80)  Socialización de la oferta de servicios a comunidad y EAPB.	CAPS en operación	Número de CAPS operando.	Número de CAPS programados	Eficacia	Informe de operación y producción de servicios CAPS	Subgerencia de Prestación de Servicios Dirección Servicios Ambulatorios	1	2		
2458003	Reducir la oportunidad en la asignación de citas para las consultas 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 2017 Fuente: Gestión de la Información	Mantener la oportunidad en la atención consulta especializada de acuerdo a los estándares normativos.	Oportunidad consulta	Número de servicios con cumplimiento de estándar de oportunidad.	Número total de servicios evaluados.	Calidad	Informe de oportunidad consulta especializada	Dirección Servicios Ambulatorios	100%	100%	100%	100%
2458003	Contar con una oportunidad de consulta de acuerdo a la clasificación del triage III menor a 90 minutos.	Cero (0) Triage III 29,2 minutos Triage II (corte mes de Noviembre) Fuente CIP	Generar estrategias de captura del dato y medición de los tiempos de atención para clasificación III triage.  Análisis de información y definición de acciones de mejora para alcanzar la meta de atención de triage III.	Oportunidad de Atención	Sumatoria de los minutos entre la realización de triage y la consulta médica	Total de consultas según clasificación de triage	Calidad	Matriz indicadores de los servicios de Urgencias y análisis.	Dirección servicio de Urgencias	Menor o igual a 90 Min	Menor o igual a 90 Min	Menor o igual a 90 Min	Menor o igual a 90 Min
2458003	Disminuir al 95% o menos los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad.	102.8% Fuente: CIP	Programación de los equipos de salud en urgencias de cada unidad de servicios.  Capacitación del talento humano en guías de practica clínica.  Articulación con los procesos asistenciales de la ubicación de los pacientes con definición de conducta - hospitalización	Porcentaje de Ocupación	Porcentaje ocupacional actual - Porcentaje ocupacional anterior	% ocupacional actual	Eficiencia	Matriz de indicadores de los servicios de Urgencias	Dirección servicio de Urgencias	1%	2%	2%	3%
2458002 2458003	Fortalecer el servicio de hospitalización domiciliaria aumentando su facturación mensual a \$23,750,000	10.000.000 promedio mensuales 2017 Fuente: Informe Facturación	Fortalecer el proyecto de servicio de hospitalización domiciliaria Subred Norte  Oferta de portafolio de servicio hospitalización domiciliaria	Cumplimiento meta de facturación	Valor facturación del periodo	Valor facturación programada	Eficiencia	Informe de facturación servicio de hospitalización domiciliaria	Dirección de servicios complementarios			50%	50%

NUMERO	META	LÍNEA BASE	ACTIVIDADES	NOMBRE	INDICADOR		TIPO DEL INDICADOR	PRODUCTO	RESPONSABLE	CUANTIFICACIÓN DE LA META			
					FÓRMULA					I	II	III	IV
					NUMERADOR	DENOMINADOR							
2458002	Operación de una (1) Unidad Ejecutora - transporte asistencial para las localidades del Norte y Centro Oriente de la ciudad.	0	Operación de la unidad ejecutora con 43 unidades de transporte asistencial Facturación y gestión de cartera de los servicios prestados de traslado de pacientes. Gestión de cartera de unidad ejecutora - transporte asistencial Generación de informes mensuales de operación, facturación y cartera.	Operación de unidad ejecutora	Unidad ejecutora en operación		Eficiencia	Informe mensual de operación de unidad ejecutora	Dirección de servicios complementarios	1			
2458002	Generar un (1) informe trimestral de gestión y eficiencia de servicios ambulatorios, urgencias, hospitalarios y complementarios con análisis y acciones de mejora.	Informe de gestión de servicios. Fuente: Subgerencia de Prestación de servicios	Análisis de producción de servicios de salud e indicadores de gestión. Revisión de suficiencia de recursos (humano, físico y tecnológicos) de acuerdo a la producción de servicios Implementación de acciones de mejora identificadas.	Cumplimiento de informes presentados	Número de informes presentados	Número de informes programados	Eficiencia	Informes trimestral, producción, indicadores, análisis de suficiencia y acciones de mejora.	Subgerencia de Prestación de Servicios	1	1	1	1
2458002	Alcanzar un porcentaje igual o superior al 93% en la evaluación de la guía de manejo específica de hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	93% Fuente: Adherencia a Guías	Socialización y evaluación de adherencia a guía de práctica clínica para atención materna. Realización de simulacros de atención en código rojo con participación de equipo de salud. Retroalimentación de resultados de la evaluación, generación de compromisos y acciones de mejora.	Porcentaje de adherencia	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación	Número total de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa de los pacientes con edad gestacional mayor a 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación	Calidad	Informe de adherencia a la guía	Dirección de Servicios Hospitalarios	93%	93%	93%	93%
2458002	Alcanzar un 92% de adherencia a las guías de la primera causa de egreso hospitalario	92% Fuente: Adherencia a Guías	Socialización de adherencia a guía de práctica clínica para atención materna. Evaluación de adherencia a guía de práctica clínica para atención materna. Retroalimentación de resultados de la evaluación, generación de compromisos y acciones de mejora.	Porcentaje de adherencia	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía	Número de historias clínicas incluidas en la muestra representativa	Calidad	Informe de adherencia a la guía	Dirección de Servicios Hospitalarios	92%	92%	92%	92%
2458002	Alcanzar cumplimiento en un porcentaje mayor o igual al 90% del indicador de oportunidad de apendicetomía.	83.5% Fuente: Informe Calidad	Socialización y adherencia a guías de práctica clínica. Retroalimentación de resultados de la evaluación, generación de compromisos y acciones de mejora. Articulación de acciones con proceso quirúrgico para brindar oportunidad en la realización de apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico.	Porcentaje de oportunidad en la realización de apendicetomía	Número de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico	Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso de la vigencia objeto de evaluación.	Calidad	Informe de oportunidad cirugía	Dirección de Servicios Hospitalarios	90%	90%	90%	90%

NUMERO	META	LÍNEA BASE	ACTIVIDADES	NOMBRE	INDICADOR		TIPO DEL INDICADOR	PRODUCTO	RESPONSABLE	CUANTIFICACIÓN DE LA META			
					FÓRMULA					I	II	III	IV
					NUMERADOR	DENOMINADOR							
2458002	Mantener el resultado del indicador de neumonías broncoaspirativas en paciente pediátrico de origen intrahospitalario.	0 Fuente: Informe Calidad	Realización de rondas de seguridad en paciente pediátrico - neonatal. Implementación de prácticas seguras en atención a paciente pediátrico - neonatal. Retroalimentación de resultados de la evaluación, generación de compromisos y acciones de mejora.	Porcentaje de Neumonías broncoaspirativas	Número de pacientes pediátricos con neumonía broncoaspirativa de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativa de origen interhospitalario en la vigencia anterior.	Calidad	Informe de resultado de indicador	Dirección de Servicios Hospitalarios	0	0	0	0
2458002	Realizar análisis de mortalidad hospitalaria al 91% de los casos.	91% Fuente: Informe Epidemiología	Realizar análisis de la mortalidad Intrahospitalaria mayor de 48 horas. Retroalimentación de resultados de la análisis y generación y de acciones de mejora.	Porcentaje de análisis de mortalidad	Número de casos de Mortalidad Intrahospitalaria mayor de 48 horas revisadas en el comité respectivo	Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas	Calidad	Informe de resultado del indicador	Dirección de Servicios Hospitalarios	91%	91%	91%	91%
2458002	Oportunidad de tratamiento específico al paciente con IAM durante la primera hora de realizado el diagnóstico, mayor o igual al 90%	87.5% Fuente: Informe Calidad	Socialización de adherencia a guía de práctica clínica. Evaluación de adherencia a guía de práctica clínica. Retroalimentación de resultados de la evaluación, generación de compromisos y acciones de mejora.	Oportunidad de Atención específica del paciente con IAM	Número de pacientes con IAM a quienes se les inicio la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico con tratamiento específico	Total de pacientes con diagnostico de IAM	Calidad	Informe IAM y certificación de Calidad	Dirección servicio de Urgencias	90%	90%	90%	90%
2458001	Contar con un (1) plan de mejora que permita la evaluación de cada una de las 30 tipologías del nuevo modelo de remuneración PGPAFED.	0	Seguimiento a metas de producción y facturación mensual del nuevo modelo de remuneración PGPAFED. Elaborar, socializar, implementar y evaluar plan de mejora del nuevo modelo de remuneración.	Porcentaje de cumplimiento	Valor facturación de servicios contrato PGP en el periodo	Valor de la facturación programada para venta de servicios contratados PGP	Eficiencia	Informe de ejecución contrato PGP	Subgerencia de Prestación de Servicios	25%	25%	25%	25%
<b>PROCESOS APOYO</b>													
2458001	Ejecutar el plan de ajuste al gasto alcanzando el cumplimiento del 90% de las acciones establecidas en la estrategia de reordenamiento logístico y de apoyo administrativo.	0	Gestionar las actividades programadas en el plan de ajuste al gasto 2018 Realizar evaluación mensual y definir acciones de mejora para asegurar cumplimiento de la planeado.	Cumplimiento de acciones de Plan de Ajuste al Gasto-reordenamiento logístico y de apoyo administrativo.	Número de actividades realizadas del plan de ajuste al gasto 2018	Número de actividades programadas del plan de ajuste al gasto 2018	Eficiencia	Evaluación plan de ajuste al gasto 2018.	Subgerencia Corporativa	90%	90%	90%	90%
2458001	Realizar los procesos de selección a través de mecanismos virtuales (compras conjuntas, Cooperativas ESE, mecanismos electrónicos y EAGAT) para la compra de medicamentos y material médico quirúrgicos que permitan alcanzar un 70% de ejecución de los recursos asignados presupuestalmente por estos medios.	0	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. Realizar los procesos de selección a través de mecanismos virtuales para la compra de medicamentos y material médico quirúrgicos. Realizar informe mensual de cumplimiento.	Porcentaje de compras mediante mecanismos de (a)compras conjuntas (b) Cooperativas de Empresas Sociales del Estado, (c) mecanismos electrónicos (d) EAGAT	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico - quirúrgico realizadas mediante uno o más de los mecanismos de (a)compras conjuntas (b) Cooperativas de Empresas Sociales del Estado, (c) mecanismos electrónicos, (d) EAGAT	Valor total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico - quirúrgico.	Eficiencia	Informe de compras conjuntas	Dirección de Contratación	70%	70%	70%	70%
2458001	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 50% de ejecución de los recursos asignados presupuestalmente a cada una.	0	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. Realizar informe mensual de avance y cumplimiento de acuerdo a cronograma de EAGAT.	Porcentaje de compras mediante apoyo y liderazgo de EAGAT	Valor total adquisiciones de material de osteosíntesis, lavandería, alimentación, aseo, y vigilancia a través de compras conjuntas lideradas por EAGAT	Valor total asignados presupuestalmente a cada una de las líneas..	Eficiencia	Informe de compras	Dirección de Contratación	50%	50%	50%	50%

NUMERO	META	LÍNEA BASE	ACTIVIDADES	NOMBRE	INDICADOR		TIPO DEL INDICADOR	PRODUCTO	RESPONSABLE	CUANTIFICACIÓN DE LA META			
					FÓRMULA					I	II	III	IV
					NUMERADOR	DENOMINADOR							
2458002 2458003	Poner en producción en un 90% el Sistema Integrado de Información Hospitalario de la Subred.	76% Fuente: Informe Sistemas de Información TICs	Implementar el cronograma de puesta en producción de los módulos asistenciales y administrativos del Sistema Integrado de Información.  Generar informes mensuales de avance al proceso de implementación de sistema de información.	Porcentaje de implementación del sistema de información	Número de módulos/funcionalidades implementados en el trimestre	Número total de módulos/funcionalidades programados para el trimestre	Eficacia	Informe de la oficina de sistemas	Sistema de Información TIC	80%	4%	4%	2%
2458001	Fortalecer el sistema de información de la Subred a través de la adquisición de la tecnología informática, por más de \$6,000 millones.	970000000 Fuente: Informe Sistemas de Información TICs	Ejecutar proyecto de licenciamiento SDS - FFD.  Actualizar y gestionar el proyecto de fortalecimiento de la infraestructura tecnológica del sistema de información.	Porcentaje Valor gestionado de proyectos.	Valor gestionado de proyectos en el periodo	Valor programado para gestión de proyectos en el periodo	Eficacia	Informe de la oficina de sistemas	Sistema de Información TIC		22%		78%
2458001	Realizar la gestión para la conciliación y depuración del 100% (\$4.043.133.371) de las partidas de Situado Fiscal y Sistema General de Participaciones.	70% Conciliado Total a Conciliar: \$ 13.394.546.011 Conciliado: \$ 9.351.412.640 Fuente: Informe Talento Humano	Generar reuniones y firma de actas de conciliación de partidas de Situado Fiscal y Sistema General de Participaciones con las diferentes entidades.  Generar informe de conciliación y depuración del 100% de las partidas de Situado Fiscal y Sistema General de Participaciones.	Porcentaje de partidas conciliadas de Situado Fiscal y Sistema General de Participaciones  Aportes Patronales conciliados	Aportes Patronales conciliados y depurados.	Total de aportes Patronales.	Eficiencia	Informe SGP	Talento Humano		50%		50%
2458001	Aumentar la facturación por venta de servicios en un 5% frente al promedio mensual del año 2017.	\$ 27.045.454.345 mensuales. Fuente: Informe Facturación	Implementación de estrategias de facturación del 100% de los servicios ofertados.  Implementación de programa de auditoria concurrente	Porcentaje de cumplimiento de meta de facturación	Valor facturación del periodo	Valor facturación meta periodo	Eficiencia	Informe de facturación mensual	Dirección Financiera		2%	2%	1%
2458001	Generar estrategias de recaudo sobre la cartera de la Subred Norte alcanzando un promedio mensual de recaudo del 87%.	75% Recaudo: \$227.716.192.523 Apropiación Pptal x Vta. de Servicios: \$310.776.673.000 Fuente: Informe Cartera	Aplicar todas las estrategias de gestión y de recaudo sobre toda la cartera de la Subred Norte en etapa persuasiva y coactiva contempladas en el Manual de cartera.	Porcentaje de cumplimiento de meta de recaudo	Valor recaudo del periodo	Valor presuestado para el periodo	Eficiencia	Informe de recaudo mensual	Dirección Financiera	87%	87%	87%	87%
2458001	Generar estrategias de retroalimentación sobre el proceso de facturación para alcanzar durante la vigencia 2018 un valor de glosa definitiva menor o igual al 5%.	7,1% Facturación Julio de 2017 \$26.405'581,537 Glosa recibida al 12/01/2018 \$1,874,245,972 Fuente: Informe Facturación	Responder y radicar los valores derivados de las glosas y devoluciones anunciadas por los diferentes pagadores según lo determinan las normas.  Establecer un programa de auditoria concurrente y de cuentas.  Socialización de hallazgos y generación de planes de mejora.	Porcentaje de glosa	Glosa definitiva aceptada	Valor de facturación del periodo auditado	Eficiencia	Informe de glosa mensual	Dirección Financiera	6,8%	6,5%	6,0%	5%
2458001	Implementación del sistema de costos en la entidad de acuerdo a lineamientos técnicos emitidos por SDS y SHD, con la generación de informes trimestrales para la toma de decisiones.	4 Fuente: Informe de Costos	Conformación equipo de costos de la Subred Norte.  Definición de plan de trabajo para implementación de sistema de costos de acuerdo a lineamientos técnicos emitidos por SDS y SHD  Elaboración de informe trimestral consolidado 2017 de conformidad a la Resolución DD000002/2014	Porcentaje de cumplimiento en informes generados	Número de informes generados en el periodo	Número de informes programados	Eficiencia	Informe trimestral de costos	Dirección Financiera	1	1	1	1

NUMERO	META	LÍNEA BASE	ACTIVIDADES	INDICADOR		TIPO DEL INDICADOR	PRODUCTO	RESPONSABLE	CUANTIFICACIÓN DE LA META				
				NOMBRE	FÓRMULA				I	II	III	IV	
					NUMERADOR								DENOMINADOR
2458001	Evolución el gasto por unidad de valor.	0 Información: Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ 6588,63 Anual 2016	Alcanzar una evolución del gasto por unidad de valor relativo mayor o igual a 0,90.	Evolución del gasto	Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el año objeto de evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia	Gastos de funcionamiento operación comercial de prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valor constante del año objeto de evaluación/ número de UVR producidas en la vigencia anterior	Eficiencia	Informe 2193	Dirección Financiera				0,90
2458001	Resultado equilibrio presupuestal mayor o igual a 1.	0,84 Anual 2017 Total Recaudo \$351.736'227.466 Total Comprometido \$416.597'754.131 Fuente: Informe Financiera	Obtener un resultado del equilibrio financiero para la vigencia.	Equilibrio presupuestal	Valor de ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencias (incluye recaudo de CXC vigencias anteriores)	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CXP de vigencias anteriores.	Eficiencia	Ejecuciones presupuestales	Dirección Financiera				mayor o igual 1
2458001	Monto de deuda a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y contratación de servicios	0 Fuente: Informe Financiera	Mantener la deuda por concepto de salarios de personal de planta y contratación de servicios a menos de 30 días.	Deuda mayor a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y contratación de servicios	valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y contratación de servicios a corte 31 de diciembre de la vigencia.	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y contratación de servicios a corte 31 de diciembre de la vigencia evaluada - valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y contratación de servicios a corte 31 de diciembre de la vigencia anterior.	Eficiencia	Informe cartera	Dirección Financiera	0	0	0	0
<b>PROCESOS CONTROL Y SEGUIMIENTO</b>													
2458005	Formular e implementar el Programa Anual de Auditorías - PAA-	90% Fuente: Informe Control Interno	Planeación de auditorías financieras, asistenciales y administrativas. Ejecución de auditorías y generación de informes finales. Formulación e implementación de planes de mejora derivados de los hallazgos de auditoría.	Porcentaje de cumplimiento de PAA	Número de auditorías cerradas y con acciones de mejora	Número de auditorías programadas en PAA	Eficiencia	PAA Informe de auditorías	Control Interno	90%	90%	90%	90%
2458005	Realizar seguimiento mensual a planes de mejora derivadas de auditoría de Revisoría Fiscal asegurando el cumplimiento del 95%.	80% Fuente: Seguimiento desarrollo Institucional.	Seguimiento a planes de mejora derivados de auditorías de revisoría fiscal.	Porcentaje de cumplimiento planes de mejora Revisoría	Número de acciones de mejora cerradas	Número de acciones de mejora programadas	Eficiencia	Informe de seguimiento	Desarrollo Institucional	95%	95%	95%	95%

Nota: Este documento es susceptible de modificaciones, ya que la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., se encuentra adelantando un proceso de actualización de su plataforma estratégica.