PROCESO	NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	TENDENCIA	RESPONSABLE DE LA TENDENCIA DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	FACTOR CRITICO DE ÉXITO	NORMAS QUE APLICAN	VARIABLE NUMERADOR	FUENTE DATOS NUMERADOR	UNIDAD DE MEDIDA NUMERADOR	VARIABLE DENOMINADOR	FUENTE DATOS DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA DENOMINADOR	NIVEL DE APLICABILIDAD	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	META	RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	EVIDENCIA	RANGO NORMAL	RANGO RIESGO	RANGO PROBLEMA	OBSERVACIONES
GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO	**Nombre:** Indice de eficiencia en el direccionamiento de los nuevos afiliados al modelo de salud. **Formula:** DECLARATORIA: Número de nuevos afiliados con registro de declatoria de salud en el periodo / número total de nuevos afiliados registrados en el periodo PERESOFT: Total de afiliados nuevos > 30 años caracterizados / Total de afiliados nuevos > 30 años DEMANDA INDUCIDA A SERVICIOS PREVENTIVOS: Usuarios nuevos que asisten a actividades de p y p / Total de nuevos afiliados **Fuente:** CUPS de PyP **Estándar:** Valor esperado 90%	Eficiencia	Ascendente	Director de Sede	Evaluar sistemáticamente los procesos de demanda inducida y seguimiento a los usuarios por parte de los prestadores propios de servicios de salud, a los servicios preventivos.	Seguimiento de estrategias de demanda inducida de acuerdo a las particulares de la red que maneja los servicios preventivos en cada sede Sistemas de información en salud articulados al SISSIPS, Peresoft, Afiliaciones como fuente de la declaratoria en salud.	Resolución 1445 de 2006: Estándares de Planeación de la Atención y Estándares de integralidad y continuidad de la atención. Acuerdo 01 de 2012 de la Junta Directiva Nacional	**DECLARATORIA:** Número de nuevos afiliados con registro de declaratoria de salud en el periodo **PERESOFT:** Total de nuevos afiliados y no consultantes con consulta de primera vez >30 años **USUARIOS INSCRITOS EN PROGRAMAS INSTITUCIONALES:** Usuarios nuevos que asisten a actividades de pyp	SISSIPS Peresoft Base de datos de los programas	Afiliados	**DECLARATORIA:** número total de nuevos afiliados registrados en el periodo **PERESOFT:** Total de nuevos afiliados y no consultantes > 30 años **USUARIOS INSCRITOS EN PROGRAMAS INSTITUCIONALES:** Total de nuevos afiliados	MAESTRO DE NOVEDADES Peresoft Base de datos de los programas	Afiliados	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Anual IV	META DEL INDICE 2015: 90%	Líder de Redes	* Formato de declaratoria en salud debidamente diligenciado * Listado de usuarios caracterizados durante la vigencia (Nuevos, no consultantes, consulta de primera vez) * Listado de pacientes caracterizados por Peresoft que esten inscritos en los programas de cronicos.	80% - 100%	60% - 79,99%	0% - 59,99%	Los indicadores que componen el índice tendrán el mismo peso porcentual (33,3%) Para el resultado del indicador es necesario articular las estrategias con el líder del proceso de prestación de servicios de salud. Se tendrá en cuenta la población que cada sede caracterizó para la meta del primer año. Para cumplir la meta anual las sedes deben caracterizar diariamente: Bogotá: 10 usuarios > 30 años Manizales: 1 usuario > 30 años Medellín: 4 usuarios > 30 años Palmira: 1 usuarios > 30 años EN EL PRIMER TRIMESTRE ENVIAR LA FICHA TECNICA ACTUALIZADA DEL PROGRAMA DE HIPERTENSOS Y EN EL CUARTO TRIMESTRE SE MIDE EL INDICE. Linea base del indice en el 2014: Bogota: 72% Medellin: 44% Manizales: 78% Palmira: 52%
GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO	**Nombre:** Destinación de capacidad instalada a actividades de PyP **Formula:** N° total de CUPS de P y P ordenados / N° total de CUPS ordenados **Estándar:** Aumente minimo 10% con relación al 2014	Eficiencia	Ascendente	Director de Sede	Monitorear el uso de los recursos destinados a la atención de servicios de salud en pro de privilegiar el modelo de salud y administración de Planes de beneficio desde la perspectiva de la gestión del riesgo. (expresado en %)	Herramientas de administración de los servicios operado desde la perspectiva de gestión del riesgo con viabilidad y factibilidad.	MISION Y VISION INSTITUCIONAL	N° total de CUPS de P y P ordenados	Tablero de gestión asegurador FOR 38 FRECUENCIA DE USO Y CONCENTRACION DE SERVICIOS AUTORIZADOS **PyP**	Numero de CUPS P.P.	N° total de CUPS ordenados	Tablero de gestión asegurador FOR 38 FRECUENCIA DE USO Y CONCENTRACION DE SERVICIOS AUTORIZADOS	Numero de CUPS	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Semestral II - IV	Aumentar año a año el % numero de CUPS destinados a actividades preventivas .	Líder de Redes	Reporte de los CUPS de PyP efectuados por el prestador interno y reporte de los CUPS de PyP ordenados	2012: Línea de base 2013-2014-2015: Aumente mínimo 10% con relación al periodo anterior	Igual con relación al periodo anterior	< 10% con relación al periodo anterior	Se debe contar el total de CUPS tanto en el prestador propio como contratado. Para el resultado del indicador es necesario articular las estrategias con el líder del proceso de prestación de servicios de salud. El análisis se realizará semestral de acuerdo al tablero de gestion. Cumplimiento del indicador en el 2014: Bogotá: 38% Medellín: 21% Manizales: 37% Palmira: 45% Es necesario que para las ordenes medicas internas se registre en la opcion Plan Diagnostico y en el campo presentacion las letras PyP.
GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO	**Nombre:** Indice de suficiencia de la red contratada **Formula:** COBERTURA GEOGRAFICA: Número municipios con cobertura / Número total de municipios con afiliados * 100 COBERTURA POR NIVEL: Número de afiliados con cobertura de acuerdo a la oferta del territorio de domicilio / Número total de afiliados de la sede. CALIDAD: N° de IPS que cumplen con el reporte de los indicadores de alerta temprana definidos por supersalud a UNISALUD / N° de IPS obligadas a reportar indicadores de alerta temprana definidos por supersalud a UNISALUD **Estandar:** 100%	Efectividad	Ascendente	Director de Sede	Monitorear la suficiencia de la red de IPS contratadas para la atención de las necesidades en salud de los afiliados en términos de cobertura, continuidad, calidad e integralidad	Sistema de información en salud operando. Articulación entre los procesos misionales y el seguimiento a los prestadores externos.	Resolución 4747 de 2007 Ley 1438 de 2011 Decreto 1011 de 2006 SOGCS Resolución 1445 de 2006: Estándares de Red de Servicios, contacto con prestadores y auditoría. SUPERSALUD en la circular única 049 de 2007 y Resolución 1446/2006	**COBERTURA GEOGRAFICA**: Número municipios con cobertura **segun tablero de suficiencia de la red** **COBERTURA POR NIVEL**: Número de afiliados con cobertura de acuerdo a la oferta del territorio de domicilio **segun tablero de suficiencia de la red** **CALIDAD:** N° de IPS que cumplen con el reporte de los indicadores de alerta temprana definidos por supersalud a UNISALUD, **segun tablero de suficiencia de la red**	SISS-EPS Anexo de la planeación de la red. Reportes trimestrales Circular única SUPERSALUD de UNISALUD.	Porcentaje	**COBERTURA GEOGRAFICA:** Número total de municipios con afiliados **COBERTURA POR NIVEL:** Número total de afiliados de la sede. **CALIDAD**: N° de IPS obligadas a reportar indicadores de alerta temprana definidos por supersalud a UNISALUD	SISS-EPS Anexo de la planeación de la red. Reportes trimestrales Circular única SUPERSALUD de UNISALUD.	Porcentaje de cumplimiento de indicadores	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Semestral I - III	Aumentar año a año el porcentaje de cumplimiento de los indicadores que componen el índice de suficiencia de la red y en los tres años del plan alcanzar el rango de calificación normal.	Líder de referencia y contrareferencia	Listado SISS-EPS Anexo de la planeación de la red. Correos recibidos de las IPS por intermedio del correo de referencia o el destinado para este fin.	80% - 100%	60% - 79,99%	0% - 59,99%	Los indicadores que componen el índice tendrán el mismo peso porcentual (33%) El dato de numero total de afiliados sera con corte al ultimo dia del trimestre y la fuente del dato sera la base enviada por planeacion y sistemas de informacion.
GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO	**Nombre:** Análisis de los tableros FRECUENCIA DE USO Y CONCENTRACION DE SERVICIOS AUTORIZADOS y POSIBLES REINGRESOS HOSPITALARIOS. **Fórmula:** Documento de análisis trimestral de acuerdo a la metodología de hallazgos del tablero **Estándar:** Disminución de hallazgos	Eficiencia	Descendente	Director de Sede	Verificar la gestión de estrategias por parte de las sedes a partir de los lineamientos gerenciales, frente a la sostenibilidad y uso racional de los recursos de UNISALUD	Análisis sistemático interdisciplinario del comportamiento de variables de gestión del proceso de aseguramiento vs los objetivos (esperado vs observado)	Misión y Visión Institucional Resolución 1445 de 2006: Estándares de Red de Servicios, contacto con prestadores y auditoría. Decreto 1011 de 2006 SOGCS	Documento trimestral	Tableros de gestión asegurador	Análisis	NA	NA	NA	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Trimestral I - II - III - IV	Tableros de gestión analizados interdisciplinariamente y gestionados en el periodo.	Director de Sede y equipo operativo proceso de aseguramiento de la sede.	Diligenciar el espacio para análisis en los tableros de gestión del asegurador	Un Documento	NA	Sin Documento	DEFINICIONES **FRECUENCIA DE USO**: "Se refiere al número de atenciones demandadas por la población expuesta o con derecho a la atención. Permite proyectar el riesgo desde el punto de vista del gasto. Considerando que en la medida que aumenta la frecuencia aumenta el gasto por lo que es necesario realizar un análisis desde el punto de vista de control del riesgo". **INTENSIDAD DE USO O CONCENTRACIÓN**: "Se refiere al número promedio de los servicios recibidos por cada usuario durante un período de tiempo" La línea base se establece a partir de los tableros de frecuencias de uso y para los años 2014 y 2015 deberá disminuir los hallazgos con relación al periodo anterior CICLO DE MEJORA DE DEMING (PHVA): estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos, Planear, Hacer, Verificar y Actuar.
GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO	**Nombre:** Porcentaje de evaluación de capacidad técnica y científica de la red contratada y por contratar **Fórmula:** N° total de informes de evaluación de capacidad técnica y científica de la red contratada realizados con calidad / No total de IPS programadas en el periodo, para evaluar **Estándar:** I Trimestre: 25% de la red, II Trimestre: 50% de la red, III Trimestre: 75% de la red, IV Trimestre: 100% de la red	Efectividad	Ascendente	Director de Sede	Determinar el nivel de cumplimiento de las condiciones de calidad de los prestadores de la red de servicios y monitorear la suficiencia técnica y científica de los mismos, para garantizar la calidad en prestación de servicios de calidad brindados a los usuarios.	Aplicación de la metodología estandarizada para la ejecución de la vista de verificación a los prestadores y seguimiento a los compromisos . U-GU-016.002.001 GUÍA DE USO DE LA MATRIZ ESTANDARIZADA PARA SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE PRESTADORES	Resolución 1445 de 2006. Estándares de auditoría, Red de servicios	N° total de informes de evaluación de capacidad técnica y científica de la red contratada realizados con calidad	Formato de seguimiento y evaluación de prestadores.	Documento	No total de IPS programadas en el periodo, para evaluar	Cronograma anual de visitas de IPS por sedes en el formato estandarizado a nivel nacional y entregado por la sede para la vigencia anual	Documento	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Trimestral I - II - III - IV	visitar el 100% de las IPS de la red al menos una vez al año. En cada trimestre se debe visitar mínimo al 25% de la red contratada. El alcance de verificación lo establece la sede .	líder de Calidad de sede	Formatos de visita debidamente diligenciados	I Trimestre: 25% de la red II Trimestre: 50% de la red III Trimestre: 75% de la red IV Trimestre: 100% de la red	NA	I Trimestre: < 25% II Trimestre: < 50% III Trimestre: < 75% IV Trimestre: < 100%	Formatos de calidad que se cuentan validos en el numerador: - Oportunidad en la visita, según cronograma. -Calidad en el diligenciamiento del formato de visitas de acuerdo al instructivo del formato COD U-GU-016.002.001 GUÍA DE USO DE LA MATRIZ ESTANDARIZADA PARA SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE PRESTADORES. EN EL PRIMER TRIMESTRE ENVIAR LA PROGRAMACION DE VISITAS DEL AÑO El analisis trimestral del indicador debe contener las siguientes variables: - Observaciones y Compromisos - Seguimiento a los compromisos - Aprendizaje con las visitas.
GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO	**Nombre:** Gestion mensual de base de datos **Fórmula:** Numero de afiliados sin glosa / Numero total de afiliados * 100 **Estándar:** >= 90%	Eficacia	Constante	Director de Sede	Determinar el nivel de avance de depuración de datos de los afiliados en el aplicativo de afiliaciones SISSNET frente a bases de datos externas.	Reporte de glosas	BDUA – Resolución 1982 de mayo de 2010 Resolución 1445 de 2006: Estándar de Afiliación y activación de derechos y Registro y Afiliación	Numero de afiliados sin glosa	Fosyga, RUAF, usuarios nuevos, usuarios con datos actualizados por demanda, errores reportados por cualquier medio, errores detectados en los planes, etc.	Afiliados	No. Total de afiliados	Base de datos trimestral de afiliados de la sede extraídos del aplicativo SISSNET	Afiliados	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Trimestral I - II - III - IV	El 90% o más de los usuarios no deben tener glosas frente a la base de datos del Fosyga	Afiliaciones	Base de datos con la relación de las actualizaciones	90% - 100%	70% - 89,99%	0% - 69,99%	Cada sede continuará la actualización de la totalidad de los nuevos afiliados junto con su grupo familiar. Se considerará actualizado, la revisión de la totalidad de los datos de un usuario, incluso si la revisión no conlleva a cambios en los registros de la base de datos, Para la vigencia 2015 se enviará desde el nivel nacional las glosas generadas por diferentes entes de control, las cuales deben ir dismuyendo. En caso que una glosa persista y la sede ya haya realizado la correccion, es necesario informar al nivel nacional para solicitar formalmente la correccion y no sera tenida en cuenta para el calculo del indicador. Las glosas que aplican son: **Multiafiliacion, Error en nombres, Error en apellidos, Error en tipo de documento, Error en numero de documento, Error en fecha de nacimiento.**
GESTIÓN DE LA PRESTACION	**Nombre:** Porcentaje de cumplimiento de estándares habilitación **Fórmula:** No. de servicios que cumplen con estandares de Habilitacion/ Total servicios ofertados * 100 **Estándar**: Valor esperado 100%	Eficacia	Constante	Director de Sede	Determinar el nivel de cumplimiento de los servicios ofertados por la IPS propia, acorde con las normas científicas y administrativas que regulan la calidad de los servicios de acuerdo con lo previsto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS)	Formatos de autoevaluación de habilitación aplicados por cada servicio ofertado, consolidar resultados y socializar resultados.	Resolución 1441 de 2013 Decreto 1011 de 2006. Ley 1438 de 2011.	No. de servicios que cumplen con estándares de Habilitación	Formatos de autoevaluación diligenciados. Formato de calificación estandarizado por el nivel nacional	Servicios	Total servicios ofertados	Portafolio de servicios actual	Servicios	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Anual III	100% de cumplimiento de estándares de habilitación en los servicios ofertados.	Jefe de prestación de Servicios de Salud. Subproceso Planeación de la prestación de servicios	Formatos de autoevaluación diligenciados. Formato de calificación estandarizado por el nivel nacional-	80% - 100%	60% - 79,99%	0% - 59,99%	A través de los resultados obtenidos en la autoevaluación de estándares compare el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se **establece** se **registra**, se **verifica** y se **controla** el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica y de capacidad técnico administrativa. Enviar formato estandarizado a el nivel nacional, que incluye el porcentaje de cumplimiento según lineamientos y análisis. Se debe tener en cuenta la evaluacion de la infraestructura, que vaya de la mano con el cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo.
GESTIÓN DE LA PRESTACION	**Nombre:** Destinación de capacidad instalada al modelo de salud **Fórmula:** Total de horas justificadas en la realización de actividades de P y P en los servicios de medicina general y especializada (pediatria, obstetricia, deportologo, homeopatia), enfermería, nutrición, higiene oral, odontología, terapia física, sesiones grupales / Total de horas contratadas para los servicios involucrados **Estándar:** 70%	Eficiencia	Constante	Director de Sede	Medir la relación existente entre el número de horas invertidas en actividades de P.P.(consultas producidas multiplicadas por el tiempo de consulta), sobre el número total de horas (recursos de tiempo) contratadas para los perfiles involucrados, expresadas en porcentaje.	Priorización de recursos de los servicios operado desde la perspectiva de gestión del riesgo con viabilidad y factibilidad.	MISION Y VISION INSTITUCIONAL	Total de horas justificadas en la realización de actividades de P y P en los servicios de medicina general y especializada (pediatria, obstetricia, deportologo, homeopatia), enfermería, nutrición, higiene oral, odontología, terapia física, sesiones grupales, segun GNU-525-14 MATRIZ INSTITUCIONAL DE CONSULTAS TIPOS TIEMPOS CONTENIDOS DE DIC/03/2014	Tableros de gestión del prestador	Porcentaje	Total de horas **contratadas** para los servicios involucrados	Tableros de gestión del prestador	Porcentaje	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Trimestral I - II - III - IV	Aumentar año a año el % numero de horas destinadas a actividades preventivas .	Jefe de prestación de Servicios de Salud Subproceso Planeación de la prestación de servicios	Diligenciar el espacio para análisis en los tableros de gestión del prestador	70% - 100%	50% - 69,99%	0% - 49,99%	Para el resultado del indicador es necesario articular las estrategias con el líder del proceso de aseguramiento . **Horas invertidas en actividades de PyP.** (consultas producidas multiplicadas por el tiempo según tipo de consulta relacionada en el GNU-525-14 MATRIZ INSTITUCIONAL DE CONSULTAS TIPOS TIEMPOS CONTENIDOS (DIC-03-2014) **Horas contratadas**: en este cálculo se tiene en cuenta dentro del denominador el total de horas generadas por novedades individuales (permisos, incapacidades, vacaciones entre otros) y organizacionales (capacitaciones, asignación de labores administrativas, asistencias programadas diferentes a la consulta, entre otros). El análisis se realizará trimestral. Para el trimestre a evaluar, el análisis se basara en los tableros del trimestre anterior. **Nota** se excluye: Laboratorio clínico, imágenes Dx Resultado indicador 2014: Bogotá: 72% Medellín: 78% Manizales: 50% Palmira: 33%
GESTIÓN DE LA PRESTACION	**Nombre:** Proporción global de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada **Fórmula:** Número total de pacientes que presentan codigo de diagnostico I10X1 para pacientes CONTROLADOS / N° total de pacientes hipertensos diagnosticados **Estándar:** 80%	Efectividad	Constante	Director de Sede	Medir el impacto del programa de crónicos en UNISALUD	Articulación y sensibilización de los diferentes servicios en los objetivos del programa. Estandarizar las fuentes socialización de la ficha técnica del programa.	Misión y visión institucional Modelo de salud -Gestión del riesgo	Número total de pacientes que presentan codigo de diagnostico I10X1 para pacientes CONTROLADOS	SISIPS Código de diagnostico I10X1 para pacientes CONTROLADOS	Personas	N° total de pacientes hipertensos diagnosticados	Registros del programa Códigos de diagnostico I10X	Personas	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Trimestral I - II - III - IV	Cumplir las metas definidas Guía Cardio metabólica Institucional frente al paciente Hipertenso. 9.3 CONDUCTA: Metas de tratamiento Condición clínica TA Sistólica TA Diastólica: **Paciente General** <140 <90 **Paciente Con Diabetes** <130 <80 **Insuficiencia Renal** Proteinuria > 1 Gr <125 <75 Proteinuria < 1 Gr <130 <80	Jefe de prestación de Servicios de Salud Subproceso Planeación de la prestación de servicios	Resultado y análisis del indicador, base de datos de pacientes hipertensos inscritos en el programa.	80% - 100%	60% - 79,99%	0% - 59,99%	Marco de referencia Guía Cardio metabólica Institucional. **Nota técnica Minsalud:** La hipertensión arterial afecta a una importante cantidad de pacientes en Colombia, incluidos muchos que tienen presión arterial elevada pero no presentan síntomas, y no saben que padecen la enfermedad. Esta es la razón por la cual a la hipertensión arterial a menudo se le llama el "asesino silencioso". La hipertensión arterial no controlada puede conducir al infarto agudo de miocardio, o a la insuficiencia renal crónica terminal, entre otras graves complicaciones, los pacientes hipertensos representan un segmento importante de utilización de servicios de salud y son potencialmente una vertiente de incremento del alto costo en el sistema. Existe evidencia científica que asocia las deficiencias en la calidad de la atención con bajos niveles de control de presión arterial. La monitorización de este indicador debe incidir en la mejora de la eficiencia y la efectividad clínica e impactar en las fallas de calidad que incrementan el alto costo en el sistema. Referencia del indicador: MINSALUD EL ESTANDAR SE AJUSTA SEGUN EL CONCEPTO DEL OBSERVATORIO DE CALIDAD DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL DE LA EPOCA 2008-2011 - PACIENTES CON HIPERTENSION CONTROLADA
GESTIÓN DE LA PRESTACION	**Nombre:** Proporción de vigilancia de posibles Eventos adversos **Formula**: Número total de posibles eventos adversos gestionados / Número total de posibles eventos adversos detectados y registrados **Estándar:** 9 casos trimestrales (6 posibles casos reportados mensuales, mediante el mecanismo definido. Adicional a 3 casos analizados dentro del COVE)	Eficacia	Constante	Director de Sede	Medir el grado de desarrollo de vigilancia eventos adversos a través de la búsqueda activa en UNISALUD, como parte del cumplimiento de las políticas de seguridad del paciente nacionales enmarcado en la gestión del riesgo .	Implementar y alimentar las herramientas que permitan el registro y la gestión del riesgo. Crear los espacios de análisis de posibles eventos adversos y generar acciones de mejora.	Resolución 1448 de 2006 Ministerio de la Protección social – Anexo técnico 1 Procedimiento de acciones preventivas y correctivas de la UN Guía de la mejora Continua Circular 056 de la SUPERSALUD.	Número total de posibles eventos adversos gestionados	Registro de vigilancia de eventos adversos	Porcentaje	Número total de posibles eventos adversos detectados y registrados	Registro de vigilancia de eventos adversos	Porcentaje	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Trimestral I - II - III - IV	Cumplir con la búsqueda, reporte y análisis de mínimo 36 posibles eventos adversos anuales. Cumplir con la gestión de acciones de mejora a partir de los casos analizados. (deben estar documentados)	Referente de calidad de sede Subproceso Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la prestación	Formatos de eventos adverso y el análisis correspondiente.	80% - 100%	60% - 79,99%	0% - 59,99%	La gestión de acciones de mejora se deben relacionar en los planes de mejora gestionados en el modulo de SOFT EXPERT
GESTIÓN DE LA PRESTACION	**Nombre:** Analisis de tablero de gestión REPORTE FINAL PRESTADOR **Fórmula:** Documento de analisis trimestral de acuerdo a la metodologia de hallazgos del tablero **Estándar:** Disminucion de hallazgos	Efectividad	Descendente	Director de Sede	Analizar los tiempos y actividades en las consultas realizadas en la IPS propia.	Monitorear e intervenir las causas que afectan la prestacion de servicios (Novedades de agenda, administración de la infraestructura y los recursos asignados)	Decreto 1011 de 2006. Circular Unica de Supersalud	Documento trimestral	Base de Datos agenda de citas	Documento	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Trimestral I - II - III - IV	Analisis de los servicios ofertados cumpliendo los indicadores de prestacion	Jefe de prestación de Servicios de Salud Subproceso Planeación de la prestación de servicios	Documento de analisis trimestral de acuerdo a la metodologia de hallazgos del tablero	Un Documento	NA	Sin Documento	CICLO DE MEJORA DE DEMING (PHVA): estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos, Planear, Hacer, Verificar y Actuar. Se aclara que el tablero de citas de primera vez aplica para el reporte según circular 056 Supersalud. Las horas contratadas se calcular a partir la dedicacion semanal del profesional por el estandar mensual (dias habiles del mes) Las horas bloqueadas deben pertenecer a las horas que no se utilizan para actividades asistenciales. Se deben utilizar los tipos de citas para las sesiones grupales segun GNU-525-14 MATRIZ INSTITUCIONAL DE CONSULTAS TIPOS TIEMPOS CONTENIDOS (DIC-03-2014) Las horas bloqueadas deben ser analizadas segun las causas de bloqueos relacionadas en el tablero propuesto.
GESTIÓN DE LA PRESTACION	**Nombre:** Cumplimiento de componentes según resolución 4505 de 2012 **Fórmula:** No de metas cumplidas en el año por componente que apliquen / No de metas totales en el año por componente que apliquen **Estándar:** Se establecera linea base	Eficiencia	Constante	Director de Sede	Medir el porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.	Registro eficiente de actividades obligatorias en el sistema.	Resolución 4505 de 2012, Resolución 3384 DE 2000, Decreto 1438 DE 2010, las demás relacionadas.	No de metas cumplidas en el año por componente que apliquen	SISS IPS	Actividades	No de metas totales en el año por componente que apliquen	SISS IPS	Actividades	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Anual IV	Para el 2015 se establecerá linea base.	Jefe de prestación de Servicios de Salud Subproceso Planeación de la prestación de servicios	Instrumento designado por el MinSalud	80% - 100%	60% - 79,99%	0% - 59,99%	Los resultados para el 2013 por Sede : Bogotá 46% Manizales 12% Medellín 43% Palmira 9% Los 11 componentes monitoreados durante el 2013 fueron : 1. gestantes, 2. post parto, menores de 10 años, adolecentes de 10 a 13 años, adolecentes de 14 a 16 años, jóvenes 17 a 20 años, jóvenes 21 a 24 años, jóvenes 25 a 29 años, adultos 30 a 45, adultos 46 a 69 años, adultos mayores de 70 años. Para el 2015 se establece linea base segun instrumento designado por el Ministerio de Salud y Proteccion Social

GESTIÓN ADMINISTRATIVA	**Nombre:** Cumplimiento del plan de capacitación **Fórmula:** Eventos de capacitación ejecutados / eventos programados en plan *100 **Estándar:** 100%	Eficiencia	Ascendente	Director de Sede	Medir y evaluar el grado de ejecución de las actividades programadas en el Plan de capacitación de cada vigencia.	Contar con recursos disponibles para desarrollar el plan de capacitación. Desarrollar las capacitaciones solicitadas por parte de la Dirección Nacional de Personal - Oficina de Talento Humano.	Resolución 1445 de 2006 del Min. Protección Social. Manual de Estándares de Acreditación - Gerencia de Recuso Humano.	Eventos de capacitación ejecutados	Número de actas de las capacitaciones realizadas.	Capacitaciones	Eventos programados en plan	Número total de eventos programados para capacitación que se encuentran relacionados en el Plan	Capacitaciones	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Semestral II - IV	100%	Jefe Financiero y Administrativo de la sede de UNISALUD	- Documento del plan de capacitación - Acta de realización de la capacitación, listado de asistencia o certificado de asistencia.	80% - 100%	60% - 79,99%	0% - 59,99%	Con éste indicador se debe verificar el cumplimiento del plan de capacitación establecido, el cual debe obedecer a las necesidades reales de la Unidad, para que el resultado de la misma se observe en el desempeño de las funciones de los diferentes servidores y colaboradores de UNISALUD. En el segundo trimestre deben enviar el plan de capacitacion.
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	**Nombre:** Eficiencia de las etapas contractuales (Auditoria al proceso de Contratacion) **Fórmula:** No. De contratos que cumplen con los requisitos de perfeccionamiento / No. Total de contratos revisados * 100 **Estándar:** 100%	Eficiencia	Constante	Director de Sede	Evaluar la oportunidad en el proceso contractual de las diferentes modalidades de contratación.	Tener claridad sobre los tiempos y procedimientos especificos que se llevan a cabo en las diferentes etapas del proceso de contratación en las diferentes sedes de UNISALUD	Manual de Convenios y Contratos de la Universidad Nacional de Colombia Resolución No. 1551 de 2014 de Rectoría UN Resolución de Rectoría No. 711 de 2009 que adoptó los documentos del Sistema de Mejor Gestión de la Universidad Nacional de Colombia, dentro de los que se encuentran el manual de procesos y procedimientos de la institución Resolución 1441 de 2013	No. De contratos que cumplen con los requisitos de perfeccionamiento	Número de compromisos de la muestra que cumplen con todos los requisitos de perfeccionamiento y legalización	Contratos	No. Total de contratos revisados	Archivo de los contratos y compromisos con sus respectivos anexos que figura en las dependencias de contratación de las diferentes sedes de UNISALUD	Contratos	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Semestral II - IV	100%	Auditor designado por la direccion de sede o jefatura de division	Matriz de auditoria entregada por la Division Nacional Administrativa y Financiera	80% - 100%	60% - 79,99%	0% - 59,99%	En el resultado de éste indicador se debe establecer las causas por las cuales se da el mismo, identificando el cumplimiento de los diferentes requisitos establecidos en el Manual de Convenios y Contratos vigente para la Universidad y las diferentes directrices en materia contractual y de ordenación de gasto.
GESTIÓN FINANCIERA	**Nombre:** Informe financiero del periodo **Formula:** Documento de analisis de los EF **Estandar:** Un documento trimestral. Debe contener los siguientes componentes: - Ingresos - Gastos - Contabilidad - Facturacion - Cartera - Pagos - Flujo de caja - Costos - Auditoria de cuentas	Eficiencia	Constante	Director de Sede	Observar la gestion y avance en los procesos y procedimientos contables, presupuestales y de tesoreria observando la eficiencia en el manejo de los recursos y la optimizacion de los portafolios.	No detectar las inconsistencias presentadas lo que no permitiría realizar los ajustes de manera oportuna.	Contables, presupuestales y de tesoreria	Documento trimestral	Contabilidad, presupuesto y tesoreria	Documento	NA	NA	NA	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Trimestral I - II - III - IV	0%	Jefe Financiero y Administrativo y contador de UNISALUD de la sede	Informe financiero ejecutivo elaborado por el Director de sede en donde se relacione el análisis efectuado y plan de mejora.	Cero observaciones	NA	> 0 observaciones	Por medio de éste indicador se debe identificar si las inconsistencias presentadas en la información financiera, contable y presupuestal en cada una de las sedes de UNISALUD han sido las mismas, si han aumentado, si han disminuido, si persisten los motivos y efectuar las justificaciones y aclaraciones a que haya lugar, teniendo en cuenta que la información financiera y en especial la contable debe contener el mínimo de inconsistencias posible. Asignar responsable en la sede para hacer recepción, análisis, documentación de dicho análisis y reporte trimestral. En el informe se incluye las gestiones realizadas para el cumplimiento en las metas de los ingresos presupuestales a nivel rentistico y la ejecucion presupuestal de los gastos en un periodo.
GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA	**Nombre:** Cumplimiento PAMEC institucional **Fórmula:** No. De Auditorías realizadas con oportunidad y de acuerdo a lo establecido en el manual de auditoria interna de la UN / Total de auditorias planeadas del PAMEC **Estándar:** 100%	Eficacia	Constante	Profesional de Calidad Nivel Nacional	Realizar el seguimiento a la realización de las auditorías programadas en PAMEC institucional.	Realización de las auditorias	Decreto 1011 de 2006	No. De Auditorías realizadas con oportunidad y de acuerdo a lo establecido en el manual de auditoria interna de la UN	Reporte trimestral por sede según formato de la DNSS y de acuerdo al cronograma establecido	Auditorias	Total de auditorias planeadas del PAMEC	Documento PAMEC 2014 - Cronograma	Auditorias	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Trimestral I - II - III - IV	Realizar el 100% de la auditorias planeadas	Directores de sede	PAMEC prestador y PAMEC asegurador	90% - 100%	70% - 89,99%	0% - 69,99%	El seguimiento del PAMEC debe ser jalonado por el director de la sede, quien puede tener el poyo del referente de calidad, pero la responsabilidad y el conocimiento debe estar en la dirección pues el PAMEC concentra los procesos misionales. Es importante que para que la calificación del indicador sea valida se remita con los informes trimestrales, los soportes de las auditorias, en los formatos del Manual de Auditoria interna de la UN.
GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA	**Nombre:** Actualizacion Mapas de Riesgo Institucional **Fórmula:** Mapa de Riesgos Actualizado **Estándar:** 100%	Eficacia	Constante	Profesional de Calidad Nivel Nacional	Verificar la actualización de los Mapas de Riesgo institucionales	Realizar oportunamente el ejercicio de actualización del MR de cada proceso	U-PR-15.001.008- Procedimiento administración de riesgos	No. De Procesos con Mapas Actualizados	Reporte de actualización de los MR	Mapas	No Total de Procesos Institucionales	Mapa de procesos de Unisalud	Mapas	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Anual III	Debe actualizarse el MR de cada uno de los proceso	Directores de sede	Reporte de ingresos en el SOFT EXPERT o cualquier medio definido por la UN.	100%	80% - 99,99%	0% - 79,99%	Los Mapas de Riesgo son responsabilidad de la dirección de sede con el apoyo del referente de calidad y deben ser actualizados anualmente en las fechas y periodos establecidos por la UN y según los lineamientos impartidos por ellos. El reporte para el indicador debe ser registrado en el formato establecido por Planeación de Unisalud y se debe anexar los soportes respectivos (archivos y reporte de registro en el sistema electrónico de la UN) Teniendo en cuenta que en el año 2014 por instruccion de la Vicerrectoria General como lider del tema de calidad para la Universidad, se hizo la simplificacion y actualizacion de la caracterizacion de los procesos de Unisalud pasando de tener seis (6) procesos a solo uno (1). Por tal razon, se hizo necesario ajustar la formula del indicador, teniendo como unidad de medida la actualizacion del mapa de riesgos de este proceso (Se aclara que para el tema de riesgos estamos sujetos a los lineamientos porpuestos por la UN)
GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA	**Nombre:** Balance de la mejora **Fórmula:** Documento Trimestral **Estándar:** Un documento que analice los componentes: - Cierre de ciclos - Mejoras evidenciadas - Acciones preventivas - Acciones correctivas - Consistencia de las acciones.	Eficacia	Constante	Profesional de Calidad Nivel Nacional	Verificar el cumplimiento de las acciones de mejora planteadas	Ejecución oportuna de las acciones	No aplican	Documento trimestral	Reporte trimestral por sede según formato de la DNSS	Documento	NA	NA	NA	Sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira	Trimestral I - II - III - IV	Realizar mínimo el 90% de las acciones establecidas	Líderes de procesos - referentes de calidad	Reporte trimestral por sede según formato de la DNSS e Inventario Planes de mejora registrados en el periodo. Estos son los formatos que han venido reportando anualmente al área de aseguramiento como soporte para el balance de la mejora. Lo que pasa es que ahora la periodicidad se modifico. De acuerdo a los procedimientos establecidos por la Universidad en los últimos años, el seguimiento y registro de los avances de los planes y acciones se debe hacer a través del modulo respectivo del SOFT EXPERT, por lo que como anexo se podrán remitir los pantallazos de estas evoluciones.	90% - 100%	70% - 89,99%	0% - 69,99%	Si bien el seguimiento y consolidación de todos los reportes puede estar en el referente de calidad, el líder de cada proceso que cuente con un plan de mejora registrado, debe conocerlo y empoderarse del mismo y ser quien reporta los avances y resultados al referente