

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015											
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2013													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		Área Seguimiento Institucional											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2012)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2012)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA:													
Gestion Gerencial y Estrategica	Acreditacion de sevicios	Realizar autoevaluación teniendo en cuenta los estándares de acreditación (una al año)	Estandares de acreditacion autoevaluados	0	90%	Capacitacion al personal de MECI.Calidad en el tema Acreditacion servicios de Salud	Recibir capacitacion especifica en Acreditacion al area de Seguimiento insitucional	% de profesionales capacitados	0	65%	OFICINA TALENTO HUMANO	se realizo el diplomado de acrditacion con la INCONTEC	100.00%
						Desarrollar la encuesta del instrumento desarrollado por el Ministerior de la poteccion Social	Desarrollar autoevaluacion de los 158 estandares de los 8 ejes tematicos según Resolucion 123/2012 Ministerio de la proteccion social	% de los estandares autoevaluados	0	90%	COORDINADO DE CALIDAD	Se hizo autoevaluacion de los 158 estandares obteniendo un puntaje 1,19	100.00%
						Socializar a los lideres de procesos tanto asistenciasles como administrativos de los resultados	Brindar socializacion al 100% de las areas procesales asistenciales y 70% administrativa de los resultados generados por la autoevaluacion	Lideres socilizados en resultado de encuesta de acreditacion	0	85%	COORDINADOR DE CALIDAD	Se hizo autoevaluacion de los 158 estandares y socializacion a 15 de los lideres de procesos	68.00%
						Levantar plan de mejora y consolidad PLAN de accion especifico para acreditacion con miras al año 2014	Levantar planes de mejora en el 80% de las areas procesales especifico con metodologia Plan de accion para el desarrollo bianual (2014-2015) tendientes a cumplir criterios de acreditacion	Planes de Mejora por procesos levantado	0	80%	LIDERES DE PROCESOS	Se hizo levantamiento y seguimiento a los planes de accion con un cumlimiento del 69% de los mismos	69.00%

SISTEMA DE EVALUACION DE LA GESTION DEPARTAMENTAL-COMPONENTE DE EFICACIA													
DEPARTAMENTO:			ARAUCA										
CODIGO DANE:			81										
PLAN DE DESARROLLO:			ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015										
PLAN DE ACCION AÑO 2015													
DIMENSION DEL PDD:			SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO							
SECTOR DEL PDD:			SALUD										
PROGRAMA DEL PDD:			SUMINISTROS E INSUMOS										
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA													
ALMACEN Y SUMINISTROS	Administrar y preservar los bienes adquiridos por la institución con oportunidad y calidad, contribuyendo al cumplimiento de la misión institucional.	ADMINISTRAR EN SU TOTALIDAD LOS BIENES DEVOLUTIVOS Y DE CONSUMO QUE SON ADQUIRIDOS POR LA INSTITUCION.	BIENES ENTREGADOS/BIENES SOLICITADOS	95%		CONTROLAR CADA UNO DE LOS MOVIMIENTOS QUE SE LE HACEN A LOS DIFERENTES BIENES DEVOLUTIVOS Y DE CONSUMO DEL HOSPITAL	REALIZAR SEMESTRALMETE INVENTARIO DE ACTIVOS.	INVENTARIO REALIZADO/INVENTARIOS PROGRAMADOS	90%	90%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN	En el año 2015 se realizaron dos inventarios de activos fijos en la institución, es decir uno por semestre. No se obtuvo el 100% de cumplimiento ya que los inventarios de algunos puestos de salud quedaron pendientes debido a que en el momento de ser realizados se presentaron inconvenientes por factores externos.	90%
							REALIZAR TRIMESTRALMENTE INVENTARIOS DE LOS ELEMENTOS DE CONSUMO Y MEDICAMENTOS	INVENTARIO REALIZADO/INVENTARIOS PROGRAMADOS	90%	90%		En el año 2015 se realizaron en todos los trimestres inventarios de elementos para la prestación de los servicios y gastos diferidos, se observa un 90% de cumplimiento debido a que en el mes de diciembre no se realizó inventario en la totalidad de elementos de consumo debido a que algunos como elementos de aseo no habían ingresado en su totalidad	90%
						DISTRIBUIR LOS BIENES DEVOLUTIVOS Y DE CONSUMO EN BODEGA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE	EXIGIR LOS FORMATOS INTERNOS QUE CORRESPONDEN A MECI	BIENES DISTRIBUIDOS /BIENES ADQUIRIDOS.	80%	90%		Los bienes son distribuidos conforme al documento solicitud de pedido establecido por la institución	90%
						REGISTRAR SITEMATICAMENTE CADA UNO DE LOS MOVIMIENTOS DE BIENES ADQUIRIDOS POR EL HOSPITAL DEL SARARE Y QUE INGRESAN AL ALMACEN	100%	BIENES REGISTRADOS /BIENES ADQUIRIDOS.	95%	100%		Los bienes adquiridos por la institución que ingresan por medio de contrato son registrado sistemáticamente en su totalidad. Algunos bienes adquiridos no son registrados sistemáticamente debido a que se compran por caja menor	96%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
						REGISTRAR GRAFICAMENTE CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD DE LAS BODEGAS BAJO RESPONSABILIDAD DIRECTA DEL ALMACEN	REALIZAR EN LA JORNADA DE LA MAÑANA Y TARDE EL REGISTRO DE CONTROL DE LA TEMPERATURA	REGISTRO DIARIO/ REGISTRO MENSUAL	100%	100%		Se realiza diariamente, con un total de dos tomas por día, Según el procedimiento establecido por la institución	100%
						REVISAR Y AJUSTAR LOS STOP MÍNIMOS SEGÚN HISTÓRICO DE CONSUMO	REALIZAR INVENTARIO FÍSICO ALEATORIO	STOP REVISADOS Y AJUSTADOS/TOTAL DE STOP	98%	98%		SE REALIZA INVENTARIO DE STOP MÍNIMO PERO POR SITUACIONES AJENAS NO SE CUMPLE CON EL STOP MÍNIMO	90%
ALMACEN Y SUMINISTROS	<p>Estándar 130. Código: (GT 1)</p> <p>La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos normativos. • Análisis de la relación oferta-demanda. • Necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud. • Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución. • Condiciones del mercado. • El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología. • El análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: evidencias de Seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva. • La articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología. • La definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y acciones de salud pública. • La definición de los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología. • La definición de tecnologías a utilizar en los servicios de habilitación y rehabilitación. • Las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios. • Personal profesional y técnico que conoce del tema e integra a los responsables de la gestión tecnológica en los diferentes servicios. • El conocimiento en la gestión de tecnología por los responsables de su uso. • La evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología. 	Diseño e implementación de un proceso de planeación de la gestión y la evaluación de la tecnología,	Promediodede la calificación de estandares de del estandar	1.4		<p>1.Apoyo a la deficiencia de los aspectos normativos aplicables a la organizacion para la puesta en funcionamiento del programa de tecnovigilancia.</p> <p>2.Apoyo a desarrollar el análisis de la relación oferta-demanda.</p> <p>Identificar de necesidades de pagadores , usuarios y equipo de salud, condiciones del mercado, el analisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.</p> <p>3. Recepcionar y apoyar el analisis para la incorporación de nueva tecnología, asi como la disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva.</p> <p>4.Asistir a las reuniones que se nos invite para diseños del plan arquitectonico que facilite la articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología.</p> <p>Definir las condiciones que deben cumplir la adquisicion de tecnología frente a las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios.</p> <p>5. Fortalecer el proceso de induccion, reinduccion y entrenamiento frente al uso adecuado de la tecnología</p>			0	50%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN	Se realizó la adecuacion de una bodega de almacenamiento de insumos de diagnostico in vitro y cadena de frio, cumpliendo con los lineamientos exigidos por el INVIMA y la normatividad vigente. Se implementó el formato de Recepcion tecnica de medicamentos , dispositivos medicos, reactivos, e Insumos para garantizar la calidad de los elementos recepcionados. Se debe realizar una nueva adecuacion para aumentar el porcentaje de cumplimiento	60%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN	
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)				
		<p>Estándar 135. Código: (GT 6)</p> <p>La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología en la que se incluye:</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de los costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar. • Beneficios en comparación con nuevas tecnologías. • Confiabilidad y seguridad. • Facilidad de operación. • Articulación con el direccionamiento estratégico. • Facilidades y ventajas para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige 			1.4	<p>1. Apoyar a la definición e identificación los riesgos a nivel organizacional frente al uso de la tecnología</p> <p>2. Apoyo al diseño de herramientas y metodologías para identificar, priorizar, gestionar, evaluar e intervenir los riesgos asociados al uso de la tecnología</p> <p>3. Apoyo a la priorización de los riesgos a nivel organizacional frente al uso de tecnología</p> <p>4. Apoyo a la disposición de los recursos financieros, técnicos y humanos para la minimización del riesgo asociado al uso de la tecnología, de acuerdo al presupuesto asignado por la administración y al flujo de recursos.</p> <p>5. Apoyo a la identificación de barreras organizacionales que minimicen los riesgos administrativos, asistenciales y gerenciales</p> <p>6. Evaluación de la política de gestión de la tecnología a través de la materialización de los riesgos identificados en misma. y toma de acciones que corrijan las desviaciones.</p>			0	50%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN	No se cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología	0%	
ALMACEN Y SUMINISTROS	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	4. Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso			Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	EVALUAR LAS GUIAS MANUALES Y FORMATOS DEL PROCESO Y AJUSTARLOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE	DOCUMENTOS ACTUALIZADOS/TOTAL DOCUMENTOS REQUERIDOS DEL PROCESO	50	70%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS	Se realizó la creación de Cuatro procedimientos para el Área, (toma de temperatura y Humedad, semforización de insumos y reactivos, Recepción de Insumos, Almacenamiento de Insumos), se actualizaron los formatos de toma de temperatura y humedad relativa y recepción técnica de insumos	60%	
		5. Mantener actualizados los sistemas de información.				Llevar el sistema actualizado	REALIZAR LAS ORDENES DE DESPACHO E INGRESOS PERIODICAMENTE SEGÚN LA NECESIDAD DE LOS SERVICIOS Y/O DEPENDENCIAS.		97%	100%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS	Se realiza ordenes de despacho conforme a la solicitud de pedido.	98%	
						Realizar depuración del Sistema	REALIZAR INVENTARIO DE ACTIVOS. -REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA REALIZACIÓN DE BAJAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS/ACTIVIDADES PLANEADAS	No Línea base		80%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS	Se realizaron los inventarios correspondientes según activos fijos e insumos. Se realizaron cuatro bajas de activos y dos bajas de insumos vencidos durante todo el año, cada una con su respectiva acta por el comité de inventarios y valor correspondiente	80%
		6. Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	promedio de asistencia de personal de partos/total de personal	90%		Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con el proceso	2 CAPACITACIONES EN CURSOS ACORDES AL PROCESO PARA TODO EL PERSONAL DEL AREA.	CURSOS REALIZADOS/CURSOS PLANEADOS	No Línea base		100%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS	se realizaron dos capacitaciones de seis planteadas	33%

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA

DEPARTAMENTO:		ARAUCA														
CÓDIGO DANE		81														
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015														
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:										
SECTOR DEL PDD:		SALUD														
PROGRAMA DEL PDD:		PLANEACION														
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCION	
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)				
SUBPROGRAMA:																
PLANEACION	Estándar 76. Código: (DIR 2) La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación. CRITERIOS • Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados. • La organización garantiza la formulación participativa del plan estratégico, a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico de la organización. • Los planes estratégicos y operativos son aprobados en la instancia que corresponda. • Se han asignado y aprobado recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación. • Existe un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico. • La junta directiva evalúa el cumplimiento del plan estratégico.	Estandarizar la formulación del plan estratégico a partir del direccionamiento estratégico que a su vez garantice la divulgación, seguimiento y evaluación.	Promedio de calificación de los estandares del SUA	Calificación de acuerdo a la resolución 123 de 2012			Diseño de un procedimiento que defina la construcción participativa de planes estratégicos, de acción y operativos de la organización. Establecer la metodología de divulgación, seguimiento y evaluación. • desarrollo de un proceso de priorización, ejecución y evaluación del plan • definición del procedimiento de asignación y distribución de recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación. • establecer un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico.	Manual de elaboración planes estratégicos, de acción y operativos de la organización.	Promedio de calificación de los estandares del SUA	Calificación de acuerdo a la resolución 123 de 2012				Planeacion		15%
	Estándar 156. Código: (MCC3) Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización. Criterios: • Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo. • Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. • Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento • Hace seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros.	diseñar e implementar un proceso para la monitorización del mejoramiento de la calidad, que incluya • un método formal y permanente de evaluación y análisis, • patrones no deseados de desempeño que sean analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas.	Promedio de calificación de los estandares del SUA	Calificación de acuerdo a la resolución 123 de 2012			establecer las fechas de los seguimientos a los planes de mejora, con todas las actividades que hayan sido definidas en el documento de monitorización consolidar y analizar los resultados obtenidos en los seguimientos, estableciendo una metodología de registro propia (matriz, sabana, cuadro de registro físico o magnético entre otros) que permita conocer los avances e inconvenientes presentados. en los análisis deben estudiarse los indicadores que se plantearon en cada estándar	Cronograma de seguimiento Evaluar metodologías de seguimiento de indicadores y establecerla en la institución	Promedio de calificación de los estandares del SUA	Calificación de acuerdo a la resolución 123 de 2012	20.00			Planeacion Planeacion		20%
	Estándar 36. Código: (ASPL15) La organización garantiza que en el laboratorio clínico, patología e imagenología se asignan y conocen los responsables de los procesos y se cuenta con protocolos que definen criterios explícitos para: • Competencias del personal responsable de la atención y mecanismos para su evaluación. • Marcación de elementos. • Información clínica mínima que deben contener las solicitudes de exámenes (inclusive aquellos que son de urgencias o se hacen en horario nocturno) y los reportes. • Registro de las órdenes que no cumplen con el criterio anterior; esta información es compartida y analizada con los profesionales que remiten o solicitan los exámenes. Incluye un sistema de asesoría para el correcto diligenciamiento de las	Establecer un espacio para: Deposito de cadaveres Preparación, Manejo, embalaje de muestras de patología, biopsias y bacaff, al igual que el seguimiento de las muestras y resultados, al igual que rechazos de las muestras con oportunidad.	Promedio de calificación de los estandares del SUA	Promedio de calificación de los estandares del SUA			Revisar en la institución posibles espacios para organizar el depósito de cadáveres y almacenamiento de patologías		Promedio de calificación de los estandares del SUA	Promedio de calificación de los estandares del SUA				Planeacion		0%
	Realizar evaluación y seguimiento a los diferentes planes que tiene el hospital suscritos	Monitorear estadística del plan de desarrollo institucional	Porcentaje de cumplimiento	numero de evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas			Actualizar trimestralmente el Estado del Plan de Desarrollo Institucional	Comparar trimestralmente metas del Plan de Acción con metas alcanzadas y formular los ajustes pertinentes.	Porcentaje de cumplimiento	numero de evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas	20%	100%	Planeacion	Se realizaron 3 evaluaciones en el año del plan de acción		75%
		Monitorear estadística del plan de Acción Institucional	Porcentaje de cumplimiento				Orientar y acompañar a los responsables en la formulación de sus planes de acción respectivos.	Asesorar a líderes y/o personal en la formulación de los planes de acción	Porcentaje de cumplimiento		NLB	100%	Planeacion	Se orienta y asesora a cada uno de los responsables en evaluación y formulación de Planes de acción		100%
		Evaluar y actualizar el Plan Bienal de Inversiones	Porcentaje de cumplimiento				Evaluar el cumplimiento en la ejecución de las inversiones en infraestructura y dotación de servicios objeto de control.	Realizar seguimiento	Porcentaje de cumplimiento		NLB	100%	Planeacion			100%
			Porcentaje de cumplimiento				Elaborar propuesta de ajuste para la vigencia		Porcentaje de cumplimiento		NLB	100%	Planeacion	De acuerdo a las necesidades se fueron incluyendo en el plan bienal y a su vez sustentado al ente gubernamental		100%
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Porcentaje de cumplimiento	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso			Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar y socializar los documentos del proceso de Planeacion	Porcentaje de cumplimiento		NLB	100%	Planeacion			15%
	Mantener actualizados los sistemas de información.					Llevar al día evaluación de indicadores de los diferentes planes que cuenta la institución				NLB	100%	Planeacion			40%	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCION
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	Implementar y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Porcentaje de asistencia	promedio de asistencia de personal de partos/total de personal			Capacitar al personal sobre aspectos relacionados	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion en aspectos relacionados con atencion al usuario Realizar por lo menos una capacitacion mediante plataforma virtual sobre temas relacionados	Porcentaje de asistencia	promedio de asistencia de personal de partos/total de personal	NLB	100%	Planeacion	Se realizaron los siguientes cursos en pro de mejoramiento del area de Planeacion: Curso de 60 horas de Gestor de Caldad, 40 horas de Humanizacion de servicios de salud, 20 Horas de Actualización en Contratación Estatal y Derecho de Petición LEY 1755 de 2015, y 40 horas de Marco Lógico de proyectos: Identificación y Análisis, cumpliendo el indicador	100%

SISTEMA DE EVALUACION DE LA GESTION GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA													
DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015											
		PLAN DE ACCION AÑO 2015											
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		TALENTO HUMANO											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
TALENTO HUMANO	Fortalecimiento del Desarrollo Integral del talento Humano	Realizar seguimiento a los programa de Bienestar Social e incentivos.	Cumplimiento del Programa de Bienestar Social			Elaboracion y aprobacion del programa de Bienestar Evaluar el impacto del programa de Bienestar social e incentivos	ejecutar en un 95% el programa de bienestar social	cumplimiento de las actividades pasmadas dentro del plan			TALENTO HUMANO COMITÉ DE BINESTAR SOCIAL SUBGERENTES	SE ELABORO EL PLAN DE BIENESTAR SOCIAL Y SE APROBO MEDIANTE RESOLUCION No. 385 DE 31 DE DICIEMBRE DE 2014 Y SE DIO CUMPLIMIENTO A TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS.	100.00%
		Fortalecer los procesos de selección, inducción, reinducción.	Cumplimiento del proceso de Selección Establecido			Actualizar el proceso de selección e induccion Puesta en marcha del proceso Seguimiento al cumplimiento	100% del cumplimiento de los procesos de selección e induccion	cumplimiento de las actividades pasmadas dentro del plan			TALENTO HUMANO GERENCIA COMITÉ MECI CALIDAD	SE ACTUALIZO EL PROCESO DE SELECCIÓN E INDUCCION Y SE HA DADO CUMPLIMIENTO AL PROCESO.	100.00%
		Fortalecer la cultura organizacional a través de diferentes programas	% de personas satisfechas laboralmente y que adquieren un mayor sentido de pertenencia			Realizar actividades que impacten positivamente el mejoramiento del clima laboral En conjunto con la ARL y la oficina de Salud Ocupacional crear y operativizar el comite de Convivencia Junto con el Trabajador Social (Psicologo), Juridico y subgerentes para crear un comite de apoyo prepensional Capacitacion en comunicacion acertiva en colaboracion con la ARL	lograr que el 95% de las personas adquieran un mayor sentido de pertenencia y satisfacion laboral y personal hacia la institucion	% de ejecucion de las actividades pasmadas para fortalecer el clima organizacional			TALENTO HUMANO SALUD OCUPACIONAL ARLSURA LIDERES DE PROCESO	SE DIO CUMPLIMIENTO A TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA FORTALECER EL CLIMA LABORAL INSTITUCIONAL	100.00%
		Fortalecer Programa de capacitacion	Cumplimiento del programa de capacitacion			Elaborar el plan de capacitacion acorde con las necesidades de la ESE y a los lineamientos del DAFP Presentacion y aprobacion del plan	ejecutar durante la vigencia, el 95% de los planes de capacitacion y entrenamiento	cumplimiento de las actividades pasmadas dentro del plan			TALENTO HUMANO SUBGERENTES	SE ELABORO EL PLAN DE CAPACITACION ACORDE CON LAS NECESIDADES REPORTADAS POR CADA UNO DE LOS LIDERES DE CADA AREA Y SE APROBO MEDIANTE RESOLUCION No. 386 DEL 31 DE DICIEMBRE 2014 Y SE DIO CUMPLIMIENTO A LA MAYORIA DE LAS ACTIVIDADES QUE FUERON PROGRAMADAS	95.00%
		Coordinar con talento humano a través del programa Bienestar social, acciones de estilo de vida saludable	Cumplimiento al programa de estilo de vida saludable			Formular acciones para incentivar a los colaboradores de la ESE en estilos de vida saludables	lograr implementar por los menos dos de los 5 estilos de vida saludables	% de implementacion de los estilos de vida saludable			TALENTO HUMANO SALUD OCUPACIONAL	SE ORGANIZARON ACTIVIDADES EN LA INSTITUCION DONDE SE DIO A CONOCER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES JUNTO CON EL APOYO DE COMFIAR Y COLDEPORTES ARAUCA.	100.00%
		evaluación de desempeño específica y general a los funcionarios de la institución	Porcentaje de cumplimiento a la evaluacion de desempeño			Evaluar a los funcionario de carrera administrativa en los terminos establecidos por la ley Elaborar y validar un instrumento de evaluacion para el personal	*90% de evaluaciones de desempeño de funcionarios de carrera *al finalizar el año tener establecido instrumento de evaluacion.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			TALENTO HUMANO JEFES EVALUADORES Y/O COMITÉ EVALUADOR COMITÉ MECI CALIDAD	SE DIO CUMPLIMIENTO CON EL PROCESO DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE CARRERA ADMINISTRATIVA Y TAMBIEN SE BRINDO CAPACITACION A LOS EVALUADORES CON EL FIN DE OPTIMIZAR EL PROCESO.	100.00%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
TALENTO HUMANO		Mejorar la atención en salud mental	deteccion y seguimiento a todos los colaboradores del Hospital del sarare en salud mental por medio de la oficina de salud ocupacional y talento Humano			*identificar factores de riesgo que insiden en la salud mental de los trabajadores *desarrollar acciones de impacto sobre los factores identificados *Incluir dentro del programa de capacitacion y el programa de salud ocupacional, temas en salud mental	lograr impactar favorablemente al menos en un 80% los factores de riesgo identificados	% de cumplimiento de las actividades planteadas			SALUD OCUPACIONAL, TALENTO HUMANO, SUBGERENTES Y LIDERES DE PROCESO	DURANTE EL 2015 SE DESARROLLARON DIFERENTES CAMPEONATOS DEPORTIVOS, TAMBIEN SE CONTRATO CON UN GIMNACIO PARA QUE LOS FUNCIONARIOS ACUDIERAN A DESARROLLAR ACTIVIDAD FISICA. ADEMAS SE DEARROLLARON OTRAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE BIENESTAR SOCIAL QUE DE UNA U OTRA FORMA INSIDEN EN LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES.	95.00%
	Mejoramiento de la Imagen Corporativa	Lograr que los colaboradores proyecte imagen corporativa a traves de uniformes que los identifique	Unificacion de uniformes			*socializar entre el personal administrativo el manual de imagen corporativo dando a conocer los colores institucionales para lograr una unificacion de criterios. *identificacion de diferentes diseños de uniformes con el fin de permitir una buena eleccion por parte del personal administrativo. *buscar asesoria de modistas especializadas que nos garanticen un buen diseño en las mejores telas que existen en el mercado..	Establecer un diseño acorde con los colores institucionales	cumplimiento de las actividades pasadas dentro del plan			TALENTO HUMANO Y PERSONAL ADMINISTRATIVO	SE SOCIALIZO AL PERSONAL EL MANUAL DE IMAGEN CORPORATIVO, Y SE PRORAMARON UNOS DISEÑOS DE UNIFORMES PARA PRESENTAR UNA PROPUESTA INSTITUCIONAL PERO POR DECISION DE GERENCIA SE APLAZO PARA EL PROXIMO AÑO EL POSIBLE CAMBIO DE UNIFORMES Y LA ELECCION DE LOS DISEÑOS.	50%
	Estandarizar el proceso de Respuesta a los diferentes requerimientos de los entes de Control y Colaboradores de la ESE	Dar repuestas oportunas a los requerimientos a los entes de control y a los colaboradores de la ESE	Oportunidad en la entrega de la Informacion			elaborar cronograma de los diferentes informes solicitados con el fin de asegurar una revision de la informacion antes de envio identificar, organizar y estandarizar el proceso para atender y dar respuesta a las diferentes solicitudes	establecer los tiempos de entrega de acuerdo al tipo de solicitud	% de cumplimiento de las actividades planteadas			TALENTO HUMANO	SE ESTA LLEVANDO UNA RELACION DE LOS DIFERENTES INFORMES QUE NOS HAN SOLICITADO CON EL FIN DE LLEVAR UNA BASE DE DATOS ACTUALIADA Y TENER LA INFORMACION ORGANIZADA Y ESTANDARIADA INDICANDO O ESTABLECIENDO LAS DIFERENTES FECHAS DE ENTREGA QUE NOS SIRVAN DE BASE PARA LOS PROXIMOS AÑOS	100.00%
	Terminar de Sanear los aportes patronales con las diferentes administradoras	Terminar en un 100% la depuracion de los aportes patronales del 2010 al 2012	Porcentaje de depuracion de aportes patronales			entrega de la informacion solicitada por cajanal en liquidacion, horizonte y porvenir, saludcoop y terminar de sanear los años 2010 al 2012	ejecutar en un 100% las actividades planeadas	% de cumplimiento de las actividades planteadas			TALENTO HUMANO Y PROFESIONAL APOYO TALENTO HUMANO	AUN HACE FALTA SANEAR CON ALGUNAS ENTIDADES SOLO ESTA SANEADO HASTA EL 2011 DANDO CUMPLIMIENTO A LO EXIGIDO POR EL MINISTERIO	50.00%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	Diseño; implementación y evaluación de la política de atención humanizada, que promueva el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad (Estandar 79)	capacitar al personal en atención humanizada y establecer acciones de mejora	evaluar la política de atención humanizada			1. Definición de La política de atención humanizada 2. establecer los objetivos metas e indicadores de la política 3. promover, desplegar y evaluarla política a nivel general 4. implementar acciones de mejora acorde a los resultados presentados.	1. Definición de líneas estratégicas que articulen el concepto de humanización en la organización 2. Definir e identificar los riesgos que afecten el proceso de humanización en la atención 3. diseño de herramientas y metodologías para identificar, priorizar, gestionar, evaluar e intervenir los riesgos relacionados con el proceso de humanización 4. priorización de los riesgos de afectan la humanización en la atención 4. Disponer de los recursos financieros, técnicos y humanos para la la consolidación de procesos de humanización en la institución. 5. identificación de barreras para la humanización del servicio relacionados con la parte administrativa, asistencial y gerencial. 6. Definición de respuestas institucionales que minimicen el riesgo de atenciones inadecuadas en los pacientes. 7. definición de la estrategia de despliegue de la política de humanización 8. evaluación de la implementación de la política de humanización y toma de acciones que corrijan las desviaciones.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	SE BRINDO CAPACITACION AL PERSONAL EN HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD GRACIAS A LA COLABORACION DEL SENA. Y TAMBIEN POR POLITICA INSTITUCIONAL SE LE ESTA EXIGIENDO AL PERSONAL CAPACITACION EN HUMANIZACION Y ATENCION AL USUARIO. LOS CUALES YA VARIOS SE HAN IDO CAPACITANDO DE FORMA VIRTUAL.	100.00%
	1- Definir una estrategia para que todos los colaboradores conozcan bajo que normatividad está regida la institución, así como sus funciones y obligaciones. (Estandar 103)	junto con los jefes de cada area definir muy bien las funciones de cada funcionario a fin de actualizar sus funciones y darselas a conocer, haciendo una revision exhaustiva				Definir la normatividad, las funciones y obligaciones que deben ser conocidas por los colaboradores de las institución (hacer una revisión y priorización)	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	SE HIZO UNA REVICION DE LAS ACTIVIDADES DE LOS COLABORADORES LA CUAL FUE REALIZADA POR CADA LIDER DE PROCESO, DONDE INFORMARON A TALENTO HUMANO LOS CAMBIOS REQUERIDOS EN LOS ESTUDIOS O JUSTIFICACION DEL PERSONAL QUE SE REQUIERE EN CADA SERVICIO.	100.00%	
		dar a conocer al personal, la normatividad, las funciones y obligaciones a travez de una forma didactica con apoyo de la oficina de imagen corporativa	en coordinacion con imagen corporativa, lideres de proceso y calidad			coordinar con lideres de proceso, imagen corporativa la manera ludica o didactica de informar sobre la normatividad, funciones y obligaciones	en coordinacion con imagen corporativa, lideres de proceso y calidad dar a conocer al personal, la normatividad, las funciones y obligaciones a travez de una forma didactica con apoyo de la oficina de imagen corporativa	% de cumplimiento de las actividades planteadas		Jefe de Talento humano Lideres de Proceso	SE DIO A CONOCER EL MANUAL INTERNO INSTITUCIONAL A TODO EL PERSONAL DE LA INSTITUCION, DANDO A CONOCER LAS RESPONSABILIDADES Y OBLIGACIONES.	100.00%	
		llevar un control y seguimientos a la estrategia definida				aplicar y evaluar la estrategia definida		% de cumplimiento de las actividades planteadas		Jefe de Talento humano	SE A DADO CUMPLIMIENTO AL MANUAL INTERNO INSTITUCIONAL	100.00%	
	8- Elaborar los procesos de convocatoria, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retro bajo el modelo de competencias. incluido inducción	verificacion de la documentacion y ajustar si es necesario	documentacion existente en calidad correspondiente al Proceso de talento Humano			Verificar la documentación existente de talento humano en la carpeta de calidad "proceso de talento humano", y establecer los requisitos de cada procedimiento y ajustarlos	Verificar la documentación existente de talento humano en la carpeta de calidad "proceso de talento humano", y establecer los requisitos de cada procedimiento y ajustarlos	% de cumplimiento de las actividades planteadas		Jefe de Talento humano	SE HADADO CUMPLIMIENTO CON LA ACTUALIZACION DE LOS PROCESOS DE TALENTO HUMANO.	100.00%	
		incorporar en los registros documentales los parametros del modelo por competencia	definir los parametros			Definir los parametros del modelo por competencia e incorporarlos a todos los registro documentales	Definir los parametros del modelo por competencia e incorporarlos a todos los registro documentales	% de cumplimiento de las actividades planteadas		Jefe de Talento humano	se han definido los parametros del modelo por competencia y se han incorporado a todos los registro documentales según el personal que se ha contratado.	100.00%	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN	
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)				
Realizar estudio de cargas laborales en la vigencia 2014 de acuerdo a la asignación presupuestal. (Contratar empresa externa para la medición de cargas laborales.)	realización del estudio de conveniencia y oportunidad sobre cargas laborles	justificar la necesidad				realizar un estudio de conveniencia y oportunidad para el estudio de cargas laborales	realizar un estudio de conveniencia y oportunidad para el estudio de cargas laborales	% de cumplimiento de las actividades planteadas				Jefe de Talento humano	SE PRESENTO ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD PARA LA CONTRATACION DE UNA EMPRESA QUE HICIERA EL ESTUDIO DE CARGA LABORAL	100.00%
	realizar un estudio de conveniencia y oportunidad para el estudio de cargas laborales					realizar convocatoria abierta y una vez se presentes los oferentes escoger la propuesta mas favorable	realizar convocatoria abierta y una vez se presentes los oferentes escoger la propuesta mas favorable	% de cumplimiento de las actividades planteadas				Jefe de Talento humano Jurídica Gerencia	SE REALIZO CONVOCATORIA ABIERTA Y SE SELECCIONO LA EMPRESA MAS FAVORABLE	100.00%
	realizar convocatoria abierta y una vez se presentes los oferentes escoger la propuesta mas favorable					establecre con la empresa escogida tiempos de realización, metodología, analisis de resultados y entrega de los mismos	establecre con la empresa escogida tiempos de realización, metodología, analisis de resultados y entrega de los mismos	% de cumplimiento de las actividades planteadas				Jefe de Talento humano Jurídica Gerencia	LA EMPRESA SELECCIONADA ENTREGO LOS RESULTADOS SOBRE EL ESTUDIO DE CARGAS LABORALES PERO LA JUNTA DIRECTIVA NO APROBO LOS AJUSTES O MODIFICACIONES RECOMENDADAS, POR FALTA DE PRESUPUESTO.	0.00%
Estandarizar y documentar la elaboración, presentación y liquidación de los cuadros de turno y las novedades presentadas.	establecre con la empresa escogida tiempos de realización, metodología, analisis de resultados y entrega de los mismos					analizar con jurídica los aspetos relacionados con la oportunidad de mejora y capacitar a los líderes de procesos sobre aspectos laborales, legales relacionados con las incapacidades, permisos, licencias y otros relacionados con el manejo de nómina.	analizar con jurídica los aspetos relacionados con la oportunidad de mejora y capacitar a los líderes de procesos sobre aspectos laborales, legales relacionados con las incapacidades, permisos, licencias y otros relacionados con el manejo de nómina.	% de cumplimiento de las actividades planteadas				Jefe de Talento humano Jurídica	SE HA DADO A CONOCER A LOS LIDERES EL PROCESO DE INCAPACIDADES, PERMISOS LICENCIAS, VACACIONES Y OTROS, RELACIONADOS CON EL PROCESO DE NOMINA.	100.00%
	analizar con jurídica los aspetos relacionados con la oportunidad de mejora y capacitar a los líderes de procesos sobre aspectos laborales, legales relacionados con las incapacidades, permisos, licencias y otros relacionados con el manejo de nómina.					Definir el modelo de cuadros de turnos mas acertado de acuerdo a las características de la institución. Asi como las estrategias para su cumplimiento.	Definir el modelo de cuadros de turnos mas acertado de acuerdo a las características de la institución. Asi como las estrategias para su cumplimiento.	% de cumplimiento de las actividades planteadas				Jefe de Talento humano	SE HA ESTABLECIDO EL MODELO DE CUADROS DE TURNO MAS ACERTADO, ACORDE A LAS CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION.	100.00%
	Definir el modelo de cuadros de turnos mas acertado de acuerdo a las características de la institución. Asi como las estrategias para su cumplimiento.					definir con los lideres de proceso relacionados los criterios para la elaboración y tiempos de entrega , así como el informe de novedades de cuadros de turnos y la liquidación.	definir con los lideres de proceso relacionados los criterios para la elaboración y tiempos de entrega , así como el informe de novedades de cuadros de turnos y la liquidación.	% de cumplimiento de las actividades planteadas				Jefe de Talento humano Lideres de Proceso	SE HA COORDINADO CON LOS LIDERES DE PROCESO LA ENTREGA OPORTUNA DE LOS CUADROS DE TURNO. ASI COMO EL INFORME DE NOVEDADES CON EL FIN DE HACER EL CIERRE DE NOMINA EN EL TIEMPO PROGRAMADO.	100.00%
	definir con los lideres de proceso relacionados los criterios para la elaboración y tiempos de entrega , así como el informe de novedades de cuadros de turnos y la liquidación.					Informar a los colaboradores los criterios para la elaboración y tiempos de entrega , así como el informe de novedades de cuadros de turnos y la liquidación.	Informar a los colaboradores los criterios para la elaboración y tiempos de entrega , así como el informe de novedades de cuadros de turnos y la liquidación.	% de cumplimiento de las actividades planteadas				Jefe de Talento humano	SE HA DADO CUMPLIMIENTO EN EXIGIR A LOS LIDERES DE PROCESO LA ENTREGA OPORTUNA DE LOS CUADROS DE TURNO. ASI COMO EL INFORME DE NOVEDADES CON EL FIN DE HACER EL CIERRE DE NOMINA EN EL TIEMPO PROGRAMADO.	100.00%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
Elaborar el perfil de cargos para personal contratista.		Informar a los colaboradores los criterios para la elaboración y tiempos de entrega, así como el informe de novedades de cuadros de turnos y la liquidación.				indagar o revisar modelos de perfil de cargos para personal contratista.	indagar o revisar modelos de perfil de cargos para personal contratista.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	SE REALIZA ESTUDIO DE CONVENIENCIA CADA VEZ QUE SE REQUIERE LA CONTRATACION DE NUEVO PERSONAL DONDE SE ESTABLECE EL PERFIL DEL CARGO QUE SE REQUIERE CONTRATAR	100.00%
		indagar o revisar modelos de perfil de cargos para personal contratista.				construir un manual de cargos para el personal contratista, incluyendo los criterios definidos por acreditación	construir un manual de cargos para el personal contratista, incluyendo los criterios definidos por acreditación	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	SE TIENEN CONSOLIDADOS TODOS LOS ESTUDIOS DE CONVENIENCIA QUE SE HAN REQUERIDO PARA LA CONTRATACION DEL PERSONAL DONDE SE ESTABLECE EL PERFIL DEL CARGO QUE SE REQUIERE CONTRATAR LOS CUALES ASUVEZ CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DEFINIDOS POR ACREDITACION.	100.00%
		construir un manual de cargos para el personal contratista, incluyendo los criterios definidos por acreditación				socializar al personal contratista sobre el manual elaborado por el hospital.	socializar al personal contratista sobre el manual elaborado por el hospital.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	AL PERSONAL CONTRATADO POR EL HOSPITAL SE LE DA A CONOCER CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES QUE TIENE QUE DESARROLLAR, LAS CUALES SE ENCUENTRAN PLASMADAS DENTRO DE SU CONTRATO LABORAL YA SEA POR CONTRATO A TERMINO FIJO O POR O.P.S.	100.00%
revisar, ajustar el reglamento interno, código de ética, elaborar el código de convivencia y comportamiento de los colaboradores del hospital del Sarare y Definir estrategias de divulgación. (busca asesoría externa). Articulado con el estándar asistencial e incluir las competencias transversales a todos los colaboradores		socializar al personal contratista sobre el manual elaborado por el hospital.				hacer una revisión jurídica desde el marco normativo relacionado con el reglamento interno teniendo en cuenta las características contractuales de la institución. Solicitar asesoría externa frente al marco normativo relacionado con reglamento interno, código de ética y buen gobierno por la modalidad de contratación existente	hacer una revisión jurídica desde el marco normativo relacionado con el reglamento interno teniendo en cuenta las características contractuales de la institución. Solicitar asesoría externa frente al marco normativo relacionado con reglamento interno, código de ética y buen gobierno por la modalidad de contratación existente	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	SE HIZO UNA REVICION JURIDICA AL REGLAMENTO INTERNO DE LA INSTITUCION AJUSTANDOLO A CORDE A LA NORMATIVIDAD VIGENTE, Y SE SOCIALIZO A TODO EL PERSONAL DEL HOSPITAL	100.00%
		hacer una revisión jurídica desde el marco normativo relacionado con el reglamento interno teniendo en cuenta las características contractuales de la institución. Solicitar asesoría externa frente al marco normativo relacionado con reglamento interno, código de ética y buen gobierno por la modalidad de contratación existente				Actualizar el código de ética y buen gobierno: definir los criterios que deben ser incorporados, así como los temas de acreditación y la metodología de divulgación a los colaboradores con los líderes de proceso y el área de comunicaciones: imagen corporativa, cronograma y evaluación.	Actualizar el código de ética y buen gobierno: definir los criterios que deben ser incorporados, así como los temas de acreditación y la metodología de divulgación a los colaboradores con los líderes de proceso y el área de comunicaciones: imagen corporativa, cronograma y evaluación.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano Calidad SIAU	TENEMOS PROGRAMADA LA ACTUALIZACION DEL CODIGO DE ETICA PARA EL PROXIMO AÑO 2016	0.00%
actualizar el manual de funciones teniendo en cuenta todos los criterios establecidos en el estándar.		Actualizar el código de ética y buen gobierno: definir los criterios que deben ser incorporados, así como los temas de acreditación y la metodología de divulgación a los colaboradores con los líderes de proceso y el área de comunicaciones: imagen corporativa, cronograma y evaluación.				Hacer una revisión y actualización del manual de funciones actual para incorporar los criterios emitidos por el DAFP y los establecidos para acreditación.	Hacer una revisión y actualización del manual de funciones actual para incorporar los criterios emitidos por el DAFP y los establecidos para acreditación.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	EN EL PERIODO 2015 HUBO UNA ACTUALIZACION DEL MANUAL DE FUNCIONES APROBADO POR LA JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL TENIENDO EN CUENTA LOS CRITERIOS DEL DAFP Y LOS ESTABLECIDOS PARA ACREDITACION	100.00%
		Hacer una revisión y actualización del manual de funciones actual para incorporar los criterios emitidos por el DAFP y los establecidos para acreditación.				Definir con los líderes de proceso estrategias de socialización, cronograma y evaluación de la socialización del manual de funciones.	Definir con los líderes de proceso estrategias de socialización, cronograma y evaluación de la socialización del manual de funciones.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	A TODO EL PERSONAL DE CONTRATO SE LE DA A CONOCER LAS FUNCIONES QUE DEBE DESARROLLAR DE ACUERDO A LO INDICADO EN EL CONTRATO LABORAL. Y EN EL AÑO 2015 SE HIZO UNA ACTUALIZACION AL MANUAL DE FUNCIONES Y SOLO FUE SOCIALIZADO A LAS PERSONAS UBICADAS EN LOS CARGOS DONDE SE PRESENTO DICHAS MODIFICACIONES. Y PARA EL 2016 ESTA PROGRAMADO ENVIAR COPIA A TODO EL PERSONAL PARA DAR A CONOCER EL NUEVO MANUAL DE FUNCIONES QUE FUE APROBADO.	90.00%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
TALENTO HUMANO	Determinar el mecanismo de verificación e implementación y monitoreo sistemático para corroborar los estudios, antecedentes laborales, antecedentes fiscales, policiales y disciplinarios y credenciales en caso de ser necesarios. Coordinar con la oficina de jurídica el reporte de la información correspondiente a las convalidaciones de títulos para los casos pertinentes.	Definir con los líderes de proceso estrategias de socialización, cronograma y evaluación de la socialización del manual de funciones.				definir en el procedimineto de selección la metodología para la verificación de los documentos que son necesarios para la vinculación laboral (diseñar la matriz de ingreso de datos con fechas, novedades, entidad consultada, funcionario que atiende la solicitud, entre otros definidos) tener en cuenta: estudios, certificaciones laborales (trabajarlo cuando se haga la revisión documental del estándar No 2)	definir en el procedimineto de selección la metodología para la verificación de los documentos que son necesarios para la vinculación laboral (diseñar la matriz de ingreso de datos con fechas, novedades, entidad consultada, funcionario que atiende la solicitud, entre otros definidos) tener en cuenta: estudios, certificaciones laborales (trabajarlo cuando se haga la revisión documental del estándar No 2)	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	SE HA VENIDO REALIZANDO LA RESPECTIVA VERIFICACION DE DOCUMENTOS Y SE CONSULTA CON CADA UNA DE LAS INSTITUCIONES DE EDUCACION CON EL FIN DE COMPROBAR LA VERACIDAD DE LOS TITULOS	100.00%
	Establecer un mecanismo sistemático y periódico para actualizar los soportes de todos los colaboradores (creando la cultura de la importancia de mantener actualizada la Hv y del reporte oportuno)	definir en el procedimineto de selección la metodología para la verificación de los documentos que son necesarios para la vinculación laboral (diseñar la matriz de ingreso de datos con fechas, novedades, entidad consultada, funcionario que atiende la solicitud, entre otros definidos) tener en cuenta: estudios, certificaciones laborales (trabajarlo cuando se haga la revisión documental del estándar No 2)				Definir la metodología, cronograma y responsables para actualización de historia laboral y hoja de vida de los colaboradores, con las listas de chequeo para cada uno y según el cargo.	Definir la metodología, cronograma y responsables para actualización de historia laboral y hoja de vida de los colaboradores, con las listas de chequeo para cada uno y según el cargo.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano Grupo de Talento Humano	DURANTE EL AÑO 2015 SE ACTUALIZO EL FORMATO PARA VERIFICACION DE SOPORTES DE HOJA DE VIDA, QUEDANDO ESTABLECIDA LA "LISTA DE CHEQUEO VERSION No. 3 PRESENTACION Y ANEXOS QUE DEBE LLEVAR UNA HOJA DE VIDA" LA CUAL SE HA VENIDO IMPLEMENTANDO CON CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE INGRESA A LABORAR A LA INSTITUCION.	100.00%
		Definir la metodología, cronograma y responsables para actualización de historia laboral y hoja de vida de los colaboradores, con las listas de chequeo para cada uno y según el cargo.				informar a los líderes de proceso la metodología y cronograma establecido para su ejecución e iniciar con la estrategia.	informar a los líderes de proceso la metodología y cronograma establecido para su ejecución e iniciar con la estrategia.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	SE HIZO UNA VERIFICACION DE DOCUMENTOS DE LAS HISTORIAS LABORALES Y SE ORGANIZO UNA LISTA DE CHEQUEO CON LOS DOCUMENTOS QUE LOS FUNCIONARIOS TENIAN PENDIENTES LO CUAL FUE INFORMADO A LOS COORDINADORES DE CADA SERVICIO Y SE COORDINO PARA QUE CADA FUNCIONARIO ACTUALIZARA LA DOCUEMNTACION QUE TENIAN PENDIENTE.	100.00%
	Revisar, elaborar y articular el PIC Plan institucional de Capacitación de acuerdo a la	informar a los líderes de proceso la metodología y cronograma establecido para su ejecución e iniciar con la estrategia.				Incorporar al programa de capacitación Institucional anual: el cronograma de actividades de capacitación de todas las áreas, la detección de necesidades de acuerdo a las diferentes metodologías utilizadas por el hospital, formato o ficha de planeación de capacitación, formato de evaluación integral: el aprendizaje, capacitador, la metodología y logística. establecer nota mínima de aprobación de las capacitaciones, y realizar el seguimimeto al programa, incluir los temas solicitados por acreditación en capacitación, definir el indicador.	Incorporar al programa de capacitación Institucional anual: el cronograma de actividades de capacitación de todas las áreas, la detección de necesidades de acuerdo a las diferentes metodologías utilizadas por el hospital, formato o ficha de planeación de capacitación, formato de evaluación integral: el aprendizaje, capacitador, la metodología y logística. establecer nota mínima de aprobación de las capacitaciones, y realizar el seguimimeto al programa, incluir los temas solicitados por acreditación en capacitación, definir el indicador.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	SE ELABORO EL PLAN ANUAL DE CAPACITACION 2015 Y SE APROBO DICHO PLAN MEDIANTE RESOLUCION No. 386 DEL 31/12/2014 TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES DE CAPACITACION REPORTADA POR LOS LIDERES DE CADA AREA Y SE INCLUYERON TEMAS SOLICITADOS POR ACREDITACION	100.00%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	normatividad, documentar todos los registros, la ficha técnica para cada capacitación, la metodología de evaluación, el cronograma de capacitaciones, seguimiento e indicadores. e incluir los temas de Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo, gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad así como en el manejo de relaciones interpersonales, manejo de Protocolos y guías de atención.	Incorporar al programa de capacitación Institucional anual: el cronograma de actividades de capacitación de todas las áreas, la detección de necesidades de acuerdo a las diferentes metodologías utilizadas por el hospital, formato o ficha de planeación de capacitación, formato de evaluación integral: el aprendizaje, capacitador, la metodología y logística. establecer nota mínima de aprobación de las capacitaciones, y realizar el seguimiento al programa, incluir los temas solicitados por acreditación en capacitación, definir el indicador.				realizar la detección de necesidades para la elaboración del PIC (finalizando el año)	realizar la detección de necesidades para la elaboración del PIC (finalizando el año)	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	FINALIZANDO EL AÑO 2015 SE ENVIO CIRCULAR A TOLOS LOS LIDERES DE PROCESO SOLICITANDO LAS NECESIDADES PRIMORDIALES DE CAPACITACION REQUERIDO EN CADA UNO DE LOS SERVICIOS CON EL FIN DE TENER UN SOPORTE PARA INCL	100.00%
		realizar la detección de necesidades para la elaboración del PIC (finalizando el año)				Definir con el personal de planta los temas a capacitar para la siguiente vigencia.	Definir con el personal de planta los temas a capacitar para la siguiente vigencia.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	ESPECIFICAMENTE SE HIZO SOLICITUD DE LAS NECESIDADES DE CAPACITACION PARA EL PERSONAL DE PLANTA A LA COMISION DE PERSONAL DONDE MANIFESTARON UNAS NECESIDADES ESPECIFICAS LAS CUALES SERAN TENIDAS EN CUENTA PARA EL PIC DEL AÑO 2016	100.00%
		Definir con el personal de planta los temas a capacitar para la siguiente vigencia.				Socializar a los líderes de proceso el desarrollo del PIC, los formatos a utilizar y solicitar con antelación capacitaciones para incorporarlas al cronograma	Socializar a los líderes de proceso el desarrollo del PIC, los formatos a utilizar y solicitar con antelación capacitaciones para incorporarlas al cronograma	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	SE ENVIO CIRCULAR A LOS LIDERES DE PROCESO JUNTO CON UN FORMATO PARA EL REGISTRO DE SOLICITUDES DE NECESIDADES DE CAPACITACION PARA LA VIGENCIA 2016	100.00%
	incluir en el plan de capacitación temas de interés para la junta directiva	Socializar a los líderes de proceso el desarrollo del PIC, los formatos a utilizar y solicitar con antelación capacitaciones para incorporarlas al cronograma				establecer posibles temas a capacitar para presentarlos y definir con miembros de la junta directiva la pertinencia de los mismos e incorporar los en el plan de capacitación e iniciar su ejecución.	establecer posibles temas a capacitar para presentarlos y definir con miembros de la junta directiva la pertinencia de los mismos e incorporar los en el plan de capacitación e iniciar su ejecución.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	SE ENVIO CIRCULAR A LOS MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA JUNTO CON UN FORMATO PARA EL REGISTRO DE SOLICITUDES DE NECESIDADES DE CAPACITACION PARA LA VIGENCIA 2016	100.00%
	coordinar con el estándar asistencial el plan de educación en atención dirigido al cliente y su familia y articularlo con el estándar de talento humano .	establecer posibles temas a capacitar para presentarlos y definir con miembros de la junta directiva la pertinencia de los mismos e incorporar los en el plan de capacitación e iniciar su ejecución.				realizar reunión con líderes de proceso para definir los temas en educación a usuarios y sus familias y realizar el modelo de documento a ejecutar.	realizar reunión con líderes de proceso para definir los temas en educación a usuarios y sus familias y realizar el modelo de documento a ejecutar.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	SE ENVIO CIRCULAR A LOS LIDERES DE PROCESO JUNTO CON UN FORMATO PARA EL REGISTRO DE SOLICITUDES DE NECESIDADES DE CAPACITACION PARA LA VIGENCIA 2016 ALLI REGISTRARON TEMAS DE EDUCACION QUE BENEFICIAN TAMBIEN A USUARIOS Y SUS FAMILIAS. LAS CUALES SERAN TENIDAS EN CUENTA PARA INCLUIRLAS EN EL PIC DEL AÑO 2016	100.00%
	Estructurar un documento que de respuesta al entrenamiento en puesto de trabajo donde se incluyan los criterios del estándar.	realizar reunión con líderes de proceso para definir los temas en educación a usuarios y sus familias y realizar el modelo de documento a ejecutar.				estructurar y documentar el procedimiento de entrenamiento en puesto de trabajo, los componentes y características, evaluación y articularlo en el documento de inducción.	estructurar y documentar el procedimiento de entrenamiento en puesto de trabajo, los componentes y características, evaluación y articularlo en el documento de inducción.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	EN EL FORMATO DE INDUCCION QUE SE ENTREGA EN LA DEPENDENCIA DE TALENTO HUMANO ESTA ESTABLECIDO EL ENTRENAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO EL CUAL ESTA ORIENTADO POR EL LIDER DE CADA AREA O PROCESO SEGUN EL CARGO QUE EL NUEVO FUNCIONARIO VAYA A DESEMPEÑAR. CUANDO EL FUNCIONARIO YA HA RECIBIDO EL RESPECTIVO ENTRENAMIENTO EL COORDINADOR DEL AREA FIRMA EL FORMATO CERTIFICANDO QUE EL FUNCIONARIO YA ESTA APTO PARA EMPEZAR A DESEMPEÑAR LAS ACTIVIDADES.	100.00%
		estructurar y documentar el procedimiento de entrenamiento en puesto de trabajo, los componentes y características, evaluación y articularlo en el documento de inducción.				dar a conocer a los colaboradores involucrados en el tema de entrenamiento en puesto de trabajo las modificaciones metodología a emplear a partir de su aprobación.	dar a conocer a los colaboradores involucrados en el tema de entrenamiento en puesto de trabajo las modificaciones metodología a emplear a partir de su aprobación.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	A LA PERSONA QUE VA A INGRESAR A LABORAR SE LE EXPLICA COMO ES EL PROCESO DE INDUCCION Y SE LE ENTREGA EL FORMATO QUE DEBE HACER FIRMAR POR TODOS LOS LIDERES DE LAS DIFERENTES AREA Y ALLI ESTA ESTABLECIDO EL ENTRENAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO EL CUAL ESTA ORIENTADO POR EL LIDER DE CADA AREA O PROCESO SEGUN EL CARGO QUE EL NUEVO FUNCIONARIO VAYA A DESEMPEÑAR. CUANDO EL FUNCIONARIO YA HA RECIBIDO EL RESPECTIVO ENTRENAMIENTO EL COORDINADOR DEL AREA FIRMA EL FORMATO CERTIFICANDO QUE EL FUNCIONARIO YA ESTA APTO PARA EMPEZAR A DESEMPEÑAR LAS ACTIVIDADES.	100.00%
		dar a conocer a los colaboradores involucrados en el tema de entrenamiento en puesto de trabajo las modificaciones metodología a emplear a partir de su aprobación.				Realizar reunion con los lideres de proceso, atención al usuario e imagen corporativa para revisar el manual de imagne corporativa existente y hacer ajustes orientados a los criterios de acreditación	Realizar reunion con los lideres de proceso, atención al usuario e imagen corporativa para revisar el manual de imagne corporativa existente y hacer ajustes orientados a los criterios de acreditación	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	EL MANUAL DE IMAGEN CORPORATIVO SE ENCUENTRA AJUSTADO DE ACUERDO A LOS ESTANDARES DE ACREDITACION	100.00%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	Revisar y ajustar con los líderes de proceso, atención al usuario, imagen corporativa el manual de imagen corporativa donde se especifiquen los pasos o fases del proceso de atención, y establecer su implementación.	Realizar reunión con los líderes de proceso, atención al usuario e imagen corporativa para revisar el manual de imagen corporativa existente y hacer ajustes orientados a los criterios de acreditación				Definir con los líderes de proceso, imagen corporativa y SIAU las estrategias para implementar el manual de atención al usuario e imagen corporativa y establecer mecanismos de seguimiento Incluir: (portar carné institucional, manejo zona de parqueo, correcta utilización de los equipos de conservación de alimentos...)	Definir con los líderes de proceso, imagen corporativa y SIAU las estrategias para implementar el manual de atención al usuario e imagen corporativa y establecer mecanismos de seguimiento Incluir: (portar carné institucional, manejo zona de parqueo, correcta utilización de los equipos de conservación de alimentos...)	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	SE HA DADO CUMPLIMIENTO AL MANUAL DE IMAGEN CORPORATIVO EN CUANTO A LA PAUTAS ESTABLECIDAS PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO ENFOCADAS EN LA HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO Y SE EXIGE EL PORTE DEL CARNÉ INSTITUCIONAL LOGRANDO ASI UNA IDENTIDAD ASIA EL USUARIO. AL PERSONAL NUEVO AUN NO SE LE HA EXIGIDO EL PORTE DE UNIFORME DEBIDO A QUE ESTAMOS EN PROCESO DE CAMBIAR EL DISEÑO.	98.00%
		Definir con los líderes de proceso, imagen corporativa y SIAU las estrategias para implementar el manual de atención al usuario e imagen corporativa y establecer mecanismos de seguimiento Incluir: (portar carné institucional, manejo zona de parqueo, correcta utilización de los equipos de conservación de alimentos...)				Implementar las estrategias para el cumplimiento del manual de atención al usuario e imagen corporativa.	Implementar las estrategias para el cumplimiento del manual de atención al usuario e imagen corporativa.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	SE HA DADO CAPACITACIONES Y ORIENTACION A LOS FUNCIONARIOS YA QUE COMO POLITICA INSTITUCIONAL ESTAMOS ENFOCADOS EN EXIGIR QUE TODO EL PERSONAL SE CAPACITE EN HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y ATENCIÓN AL USUARIO. Y DURANTE EL 2015 LA MAYORIA DE FUNCIONARIOS CUMPLIERON CON ESTE REQUERIMIENTO. Y PARA EL 2016 SEGUIREMOS CUMPLIENDO CON ESTA POLITICA INSTITUCIONAL CON EL FIN DE MEJORAR LA ATENCIÓN A NUESTROS USUARIOS.	100.00%
	Desplegar la política de humanización a todos los colaboradores del hospital previa realización del estándar de direccionamiento.	Implementar las estrategias para el cumplimiento del manual de atención al usuario e imagen corporativa.				Realizar grupos focales para conocer la percepción y recoger las inquietudes de los colaboradores frente al tema y una vez analizada dar a conocer la información recolectada a las directivas para participar en la construcción de la política y programa de Humanización.	Realizar grupos focales para conocer la percepción y recoger las inquietudes de los colaboradores frente al tema y una vez analizada dar a conocer la información recolectada a las directivas para participar en la construcción de la política y programa de Humanización.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	YA SE TIENE IMPLANTADA UNA POLITICA DE HUMANIZACION.	100.00%
		Realizar grupos focales para conocer la percepción y recoger las inquietudes de los colaboradores frente al tema y una vez analizada dar a conocer la información recolectada a las directivas para participar en la construcción de la política y programa de Humanización.				Incorporar en el programa de capacitación institucional PIC un temario relacionado con la humanización del servicio.	Incorporar en el programa de capacitación institucional PIC un temario relacionado con la humanización del servicio.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	EN EL FIN DEL AÑO 2015 SE INCLUYO CAPACITACIONES RELACIONADAS CON LA HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y ATENCIÓN AL USUARIO Y SE DIO CUMPLIMIENTO CON LAS CAPACITACIONES GRACIAS A LA COLABORACION DEL SENA Y A LA PLATAFORMA VIRTUAL DEL POLITECNICO GRAN COLOMBIA.	100.00%
	Diseñar un instrumento para la detección de necesidades y expectativas del cliente interno.	incorporar en el programa de capacitación institucional PIC un temario relacionado con la humanización del servicio.				Buscar modelos de detección de necesidades de cliente interno o construir uno propio (encuestas, cuestionarios, entrevistas, buzón cliente interno, página web, trabajo con líderes de proceso, campañas de cuenteros cómo esta usted y qué necesita?.....)	Buscar modelos de detección de necesidades de cliente interno o construir uno propio (encuestas, cuestionarios, entrevistas, buzón cliente interno, página web, trabajo con líderes de proceso, campañas de cuenteros cómo esta usted y qué necesita?.....)	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	ESTE TEMA A SIDO MANEJADO POR EL SIAU Y LA OFICINA DE IMAGEN CORPORATIVA DONDE SE CUENTA CON UN BUZON DE SUGERENCIAS Y HAN REALIZADO ENCUESTAS CON EL FIN DE CONOCER LA OPINION DE NUESTROS USUARIOS Y SE HA IDO MEJORANDO TENIENDO EN CUENTA LA OPINION Y SUJERENCIAS DE NUESTROS USUARIOS.	100.00%
		Buscar modelos de detección de necesidades de cliente interno o construir uno propio (encuestas, cuestionarios, entrevistas, buzón cliente interno, página web, trabajo con líderes de proceso, campañas de cuenteros cómo esta usted y qué necesita?.....)				revisar los resultados que se tienen de estudios de clima laboral recientes con el fin de conocer y proyectar el trabajo a desarrollar.	revisar los resultados que se tienen de estudios de clima laboral recientes con el fin de conocer y proyectar el trabajo a desarrollar.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano Salud Ocupacional	DURANTE EL AÑO 2015 SE REALIZARON DIFERENTES ACTIVIDADES CON EL FIN DE MEJORAR EL CLIMA LABORAL DEACUERDO A LA ENCUESTA QUE SE REALIZO LA ARL POSITIVA	100.00%
		revisar los resultados que se tienen de estudios de clima laboral recientes con el fin de conocer y proyectar el trabajo a desarrollar.				Documentar el modelo de detección de necesidades y clima laboral (estudio).	Documentar el modelo de detección de necesidades y clima laboral (estudio).	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano Salud Ocupacional	SE TIENE UN DOCUMENTO DE DETECCION DE NECESIDADES QUE NOS APORTO LA ARL POSITIVA DEACUERDO A LA ENCUESTA QUE SE REALIZO CON EL FIN DE MEDIR EL CLIMA LABORAL INSTITUCIONAL.	100.00%
		Documentar el modelo de detección de necesidades y clima laboral (estudio).				implementar el modelo establecido para la detección de necesidades y analizar los resultados para socializar con las directivas y líderes de proceso	implementar el modelo establecido para la detección de necesidades y analizar los resultados para socializar con las directivas y líderes de proceso	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano Salud Ocupacional	SE TIENE UN DOCUMENTO DE DETECCION DE NECESIDADES QUE NOS APORTO LA ARL POSITIVA DEACUERDO A LA ENCUESTA QUE SE REALIZO CON EL FIN DE MEDIR EL CLIMA LABORAL INSTITUCIONAL.	100.00%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	Definir el proceso Docente Asistencial, el ó los referentes según la institución. (documentario) que de respuesta a la planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio.	implementar el modelo establecido para la detección de necesidades y analizar los resultados para socializar con las directivas y líderes de proceso				Hacer una reevaluación de las condiciones existentes frente a los convenios con las instituciones educativas en conjunto con el equipo del estándar asistencial, jurídica y TH. Es necesario que en las actividades establecidas se trabaje en el tema de acreditación y capacitación; así como definir las actividades a desarrollar por parte de los estudiantes en la institución.	Hacer una reevaluación de las condiciones existentes frente a los convenios con las instituciones educativas en conjunto con el equipo del estándar asistencial, jurídica y TH. Es necesario que en las actividades establecidas se trabaje en el tema de acreditación y capacitación; así como definir las actividades a desarrollar por parte de los estudiantes en la institución.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	EN EL 2015 SE HIZO UNA REVICION A LA NORMATIVIDAD ESTANDARIZADA PARA LOS CONVENIOS DOCENTE ASISTENCIALES CON EL FIN DE PODER DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO POR ACREDITACION Y LOS ULTIMOS CONVENIOS SE HAN REVIZADO CON MAS DETENIMIENTO TRATANDO DE AJUSTARLOS A LA NORMA.	100.00%
	Establecer e implementar procesos y procedimientos alineados con el direccionamiento estratégico, que den respuesta al estándar de gerencia del talento humano y que estén relacionados con:	Hacer una reevaluación de las condiciones existentes frente a los convenios con las instituciones educativas en conjunto con el equipo del estándar asistencial, jurídica y TH. Es necesario que en las actividades establecidas se trabaje en el tema de acreditación y capacitación; así como definir las actividades a desarrollar por parte de los estudiantes en la institución.				Definir en que procesos existe corresponsabilidad en el desarrollo de actividades. Realizar reunión con los líderes para determinar las acciones, responsabilidades, tiempos de ejecución así como los seguimientos en el cumplimiento de los mismos. (todo debe estar soportado)	Definir en que procesos existe corresponsabilidad en el desarrollo de actividades. Realizar reunión con los líderes para determinar las acciones, responsabilidades, tiempos de ejecución así como los seguimientos en el cumplimiento de los mismos. (todo debe estar soportado)	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	SE HA DADO CUMPLIMIENTO YA QUE SE LLEVA UN SEGUIMIENTO A LOS ESTUDIANTES QUE TIENEN CONVENIOS DOCENTE ASISTENCIALES Y SE LE ORIENTA AL LIDER O PROFESIONAL ENCARGADO SEGUN EL AREA DONDE SE DESARROLLE LA PRACTICA SOBRE LOS TIEMPOS Y EL SEGUIMIENTO QUE SE LE DEBE DAR AL MISMO. BRINDANDOLE AL ESTUDIANTE LA OPORTUNIDAD DE UNA BUENA PRACTICA.	100.00%
	-estrategias con los líderes de los estándares a fin de articular los procesos interdependientes y la ejecución de los mismos. -dinamica de seguiminetos propios del estándar para el cumplimiento de los objetivos trazados en gerencia del talento humano. -la estrategia de comunicación de los resultados sobre los procesos relacionados con el estándar al cliente interno.	Definir en que procesos existe corresponsabilidad en el desarrollo de actividades. Realizar reunión con los líderes para determinar las acciones, responsabilidades, tiempos de ejecución así como los seguimientos en el cumplimiento de los mismos. (todo debe estar soportado)				Definir al interior de TH acciones, responsables, acciones, tiempos de ejecución y seguimientos para el desarrollo de los planes de mejoramiento. (todo debe quedar soportado en actas)	Definir al interior de TH acciones, responsables, acciones, tiempos de ejecución y seguimientos para el desarrollo de los planes de mejoramiento. (todo debe quedar soportado en actas)	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	SE LLEVA SOPORTE DE LAS ACTAS DONDE SE REUNE UN PROFESIONAL ASIGNADO POR LA INSTITUCION, UN TUTOR POR PARTE DE LA UNIVERSIDAD O INSTITUCION DE EDUCACION Y EL ESTUDIANTE Y DEJIAN SOPORTE DE LAS ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLARAN DURANTE LA PRACTICA LOS TIEMPOS DEL DESARROLLO DE LA PRACTICA ETC. TODO DEBE QUEDAR SOPORTADO Y AL FINAL EL PROFESIONAL ASIGNADO POR LA INSTITUCION ENTREGA UN INFORME PARA SOPORTAR EL CUMPLIMIENTO O DESARROLLO DE LA PRACTICA PARA PODER JUSTIFICAR LA CERTIFICACION QUE EMITE TH.	100.00%
		Definir al interior de TH acciones, responsables, acciones, tiempos de ejecución y seguimientos para el desarrollo de los planes de mejoramiento. (todo debe quedar soportado en actas)				establecer con líderes de proceso e imagen corporativa estrategias puntuales de divulgación sobre los procesos del estándar que tiene impacto en los colaboradores. (estudiar alternativas y estategias y ecoger las mas adecyadas todo soportado	establecer con líderes de proceso e imagen corporativa estrategias puntuales de divulgación sobre los procesos del estándar que tiene impacto en los colaboradores. (estudiar alternativas y estategias y ecoger las mas adecyadas todo soportado	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano	SE TIENE SOPORTE DE LA DIVULGACION QUE SE HACE DE LA INFORMACION A TODO EL PERSONAL SOBRE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES QUE HA DESARROLLADO LA INSTITUCION A FIN DE MEJORAR LOS PROCESOS	100.00%
		establecer con líderes de proceso e imagen corporativa estrategias puntuales de divulgación sobre los procesos del estándar que tiene impacto en los colaboradores. (estudiar alternativas y estategias y ecoger las mas adecyadas todo soportado				Garantizar la rentabilidad financiera de la institución.	Garantizar la rentabilidad financiera de la institución.	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano Grupo de Talento Humano	CON EL FIN DE MEJORAR LA RENTABILIDAD FINANCIERA DE LA INSTITUCION DESDE EL AREA DE TH HEMOS EXIGIDO AL PERSONAL QUE DEBE REPORTAR A TIEMPO LAS INCAPACIDADES Y COMO ESTRATEGIA SE TIENE QUE SI EL FUNCIONARIO LAS REPORTA TARDE Y LA EPS NO CANCELA ESAS INCAPACIDADES SE LE DEBE DESCONTAR EN LA NOMINA AL FUNCIONARIO, YA QUE ES RESPONSABILIDAD DE EL POR NO REPORTARLA A TIEMPO. Y ESO HA LOGRADO QUE TODAS LAS INCAPACIDADES SE REPORTEN A LA EPS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS Y LAS HAN CANCELADO. YA QUE ANTES SE PERDIAN MUCHOS RECURSOS POR ESTA CAUSA PORQUE LAS REPORTABAN DE FORMA EXTEMPORANEA.	100.00%
		Garantizar la rentabilidad financiera de la institución.				Aumentar La satisfaccion del Usuario	Aumentar La satisfaccion del Usuario	% de cumplimiento de las actividades planteadas			Jefe de Talento humano Grupo de Talento Humano	PARA GARANTIZAR LA SATISFACCION DEL USUARIO Y DAR UNA RESPUESTA OPORTUNA A NUESTROS COLABORADORES HEMOS ESTABLECIDO UN TIEMPO DE 5 DIAS HABLES PARA LA ENTREGA DE CERTIFICACIONES LABORALES CON EL FIN DE CUMPLIRLE A TODOS EN UN TIEMPO LIMITE Y DE FORMA ORGANIZADA A FIN DE BRINDAR UN MEJOR SERVICIO Y LOGRAR MEJOR SATISFACCION EN LA ENTREGA DE LA INFORMACION TAMBIEN SE HA ESTABLECIDO UN COSTO DE 3,000 PESOS LOS CUALES DEBEN SER CANCELADOS EN TESORERIA, CON LO CUAL TAMBIEN SE A LOGRADO CONTRIBUIR EN ALGO CON LA PARTE FINANCIERA DE LA INSTITUCION.	100.00%

Implementacion y cumplimiento

SISTEMA DE EVALUACION DE LA GESTION GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CODIGO DANE		81												
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015												
		PLAN DE ACCION AÑO 2015												
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:		Auditoria de Cuentas												
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN	
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)				
SUBPROGRAMA:														
Gestion Gerencial y Estrategica	Fortalecer los procesos de auditoría medica en la institución con el fin de impactar la calidad en la facturación, los indicadores de glosa y los estados financieros	Disminuir en un 15% la glosa medica final	% glosa	3.63%	3.48%	Reforzar la auditoria concurrente, haciendo énfasis en las estancias prolongadas	Evaluar el 60% de las estancias que cumplan el criterio de estancia de mas de 4-7 y mayores 10 dias	Concurencia estancias prolongadas	0%	75%	AUDITOR CONCURRENTENTE	se desarrollo con los auditores concurrentes el porcesamiento de estancias prolongadas	72.00%	
						Desarrollar auditoria concurrente al servicio de urgencias de los pacientes en observacion	Evaluar 40% de las atenciones de urgencias	Concurencia urgencias	0%	40%	AUDITOR CONCURRENTENTE	se desarrollo el acompañamiento matutino a los pacientes que amanecen en el servicio de urgencias generando indicaciones al cordinador medico para su gestion	54.00%	
						Desarrollar conicliaciones de las facturas no conciliadas hasta el 2014	Conciliar el 100% de las facturas por conciliar hasta el 2014	Capacitacion en evitacion glosa	0%	60%	AUDITORI DE GLOSAS	Se hizo conciliacion hasta el 2014 de las principales EPS del regimen subsidadio (Dusakawi, Saludvida, Comparta), igual del contributivo (Saludcoop, Avanzar). Con entidades como Nueva EPS es la que el proceso	75.00%	
						Desarrollar libro de glosas por profesional de la salud en glosas de pertinencia	Detallar el 100% de las glosas según causa y profesional	Glosas detalladas por causa y profesional	0%	60%	Auditor de glosas	No hubo un desarrollo adecuado, toda vez que el numero de facturas y laas multiples corresponsabilidades lo hicieron inviable. Asimismo la rotacion amplia de los medicos de la institucion y la tardanza de las radicaciones de las glosas por parte de las ERP, alteraban la	5.00%	
						Desarrollar bimensualmente comité de glosas con el grupo de facturacion	Desarrollar en el 2015 6 reuniones de socilaizacion de glosas adminitrativas prevenibles	Comites de glosas adminitrativas	0%	83%	Coordinador Auditoria	Mediante comunicación al Coordinador, de las causas mas frecuentes de glosa, este en reuniones mensuales, replica la informmacion de los hallazgos.	50.00%	

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA													
DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015											
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2015)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA:													
MECI-CALIDAD CONTROL INTERNO	Realizar seguimiento al mantenimiento e implementación del Sistema integrado de Gestión	Verificación a la Evaluación del el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad	% cumplimiento		95%	1. Monitoreo Plan de Mejoramiento. 2. Elaboracion informe Anual de cumplimiento al MECI. 3. Elaboracion de informe cutrimestral del cumplimiento al MECI. 4. Segimiento a la administracion del riesgo. 5. Evaluar el cumplimiento en la entrega de informes a entes de control. 6. Realizacion auditorias al SIAU. 7. Realizar acciones para el fomento de la cultura de autocontrol.	Actividades Planteadas/Actividades ejecutadas	% Cumplimiento	90%	100%	Asesor de Control Interno	Pendiente por ejecutar este monitoreo.	50%
		Evaluación del Control Interno Institucional	% cumplimiento									El informe castrimestral fue presentado dentro de los terminos y reposa en la pagina wep, el seguimiento a la administración del riesgo se realizo y como soporte se evidencias los mapas de riesgos por proceso.	100%
		fomento de la cultura de Autocontrol	% cumplimiento									las auditorias al proceso del SIAU se realizan una semestral y reposan en los archivos de gestión.	100%
		Evaluación y Seguimiento al Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)	% Cumplimiento de requisitos del SIAU									se ha ejecutado la gestión del cambio a personal ingresa por primera vez y a los que reingresan en la (inducción) temas referidos en el mismo formato.	70%
SUBPROGRAMA:													
MECI-CALIDAD CONTROL INTERNO	Relación con entes de control	Elaboracion de informes a entes de control	Cumplimiento al envio en las fechas establecidas	95.00%	100%	1. Elaboracion informe Anual de cumplimiento al MECI. 2. Elaboracion Informe Control Interno Contable. 3. Elaboracion Informe a la Contraloria Departamental. 4. Informe de Evaluacion por Dependencias. 4. Elaboracion de informe cutrimestral del cumplimiento al MECI. 5. Elaboracion de Informe semestral de seguimiento a derechos de peticion quejas y reclamos. 6. Elaboracion de informes de derechos de autor. 7. Evaluacion cutrimestral Plan Anticorrupcion 8.Seguimiento y evaluacion al Plan de Mejoramiento suscrito con la contraloria Departamental. 9. Evaluar el cumplimiento en la entrega de informes a entes de control.	Cumplimiento de envio en los terminos establecidos.	No de informes enviados en fechas establecidas/total de informes a enviar.	95%	100%	Asesor de Control Interno	Pendiente por actualizar la evaluacion por dependencia y seguimiento y evaluacion al plan de mejoramiento; los demas informes se evidencian en los archivos de gestion y digitales en el proceso (oficina).	95%
SUBPROGRAMA:													
MECI-CALIDAD CONTROL INTERNO	Verificar el cumplimiento permanente de los procesos a través de la autorregulación, autocontrol y autoevaluación para garantizar la efectividad, eficiencia y eficacia de la institución.	Realizacion de auditorias a las diferentes areas de la institucion	% cumplimiento plan de auditoria POA	75.00%	90%	*Realizar el Plan anual de auditorias POA *Presentar el Plan anual de auditorias al comité MECI- CALIDAD *Ejecutar el Plan anual de auditoria	Cumplimiento del POA	Numero de auditorias realizadas/Numero auditorias programadas	75%	90%	Asesor control Interno	Se ejecutaron las actividades a realizar en los planes anuales para este periodo.	95%
SUBPROGRAMA:													

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2015)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
MECI-CALIDAD	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica.	Aumentar la satisfacción del usuario.	% satisfacion de los usuarios	84.62%		Realizar seguimiento a contestacion de quejas directas *Realizar seguimiento a PQRS *Realizacion seguimiento oportunidades de mejora identificadas en el informe de satisfacion de los usuarios.	Realizar dos informes de auditoria de seguimiento en la constestacion de quejas y reclamos, y seguiminto a acciones de mejora implementadas	Auditorias planeadas/auditorias realizadas	100%	100%	Asesor de Control Interno	Se realizó las auditorias correspondiente a los semestres para el periodo 2015, cuyas evidencian reposan en físico y medio magnético en el archivo de gestión del proceso de control interno.	95%
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	% Cumplimiento	0	90%	Realizar seguimiento al la implementación del programa de seguridad del pte.	Auditoria realizadas/auditorias programadas	% Cumplimiento	NLB	90%	Asesor de Control Interno	Se realizó las evaluaciones y dichos documentos reposan en los archivos de gestion del proceso de seguridad del paciente.	85%
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Documentos actualizados/total documentos definidos en el proceso.	0	90%	Revisión de la documentacion del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente.	Actualizar y socializar los documentos del proceso de seguimiento institucional.	Documento actualizados/total documentos definidos en el proceso.	0	90%	Asesor de Control Interno	Pendiente por actualizar los procedimientos relacionados con el proceso.	45%
		Mantener actualizados los sistemas de información.	Actividades ejecutadas/Actividades planeadas	0	90%	*Realizar seguimiento al Plan de comunicaciones. *Realizar inventarios (seguimiento al sistema de inventarios) *Realizar seguimiento al sistema de correspondencia en cuanto a la recepciones, de quejas reclamos sugerencias y derechos de petición.	Cumplimiento 90% auditorias planeadas	Actividades ejecutadas/Actividades planeadas	0	90%	Asesor de Control Interno	Se cumplieron los seguimientos planteados para el plan de comunicaciones, inventarios y el sistema de comunicaciones cuyos documentos reposan en el proceso de control interno y el area contable.	90%
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con s con Control Interno, Calidad y/o calidad en salud	50%	100%	1. Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion. 2. Realizar capacitaciones mediante plataforma virtual DOS por cada colaborador de la dependencia.	Porcentaje de asistencia	Actividades programadas/Actividades ejecutadas	NLB	100%		Se cumplió con la asistencia alas capacitaciones convocadas por la intitución y en cuanto a las capacitaciones realizadas se han realizado dos (2) capacitaciones para el perido 2015.	70%
SUBPROGRAMA:													
	Estandar 87, 102, 133. Conigo. (DIR MMC 1), (GER MCC 1), (GT MCC 1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta: CRITERIOS: • El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. • La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización. • La articulación de oportunidades	Fortalecer el despliegue y la aplicabilidad de la metodología de analisis causal a todos los niveles de la organización	Promedio de la calificación de la autoevaluacion cuntitativa en el desarrollo del ciclo de Acreditacion. ESTANDAR MEJORAMEINTO	1.2	1.3	1. Revisión y comparación de metodologías de analisis causal. -Revisar la medotodogia actual formato SEI-01-F10 y SEI-01-F12 con otras metodología aplicables.	Comparación Realizada	% cumplimiento de actividades propuestas	0	100%			
						2. REVISAR la metodología de analisis causal -Documentar el procedimiento.	Documento ANALISIS CAUSAL (Gestión de oportunidades de mejora)	Documento realizado	NLB	Documento realizado			
						3. Despliegue de la metodología de analisis causal. Dar a conocer a los colaboradores y lideres de proceso la metodología de analisis causal		% de despliegue de metodologia de analisis causal # colaboradores capacitados/total colaboradores	NLB	*socializar metodología del a 60% a colaboradores *Socializar metodología al 100% a lideres de proceso.	Grupo MECI-CALIDAD	Pendiente por realizar revisión y comparación, la metodología análisis casual aun no se ha documentado, el despliegue por la metodología del analisis causal pendiente por socializar, pendiente por realizar auditoria ha la aplicabilidad y uso de esta metodología y la implementación de acciones de mejora acorde a los resultados presentados.	0%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2015)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	de mejora que tengan relacion entre los diferentes procesos y grupos de estándares. • El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad. • La comunicación de los resultados					4. Evaluar el uso y aplicabilidad de la metodología de analisis causal.	Realizar auditoria del cumplimiento de procedimiento definido	Auditoria realizada	NLB	Informe de Auditoria			
						5. Implementacion de acciones de mejora acorde a los resultados presentado de la aplicación de la metodología.	% cumplimiento de acciones de mejora del informe de auditoria	acciones de mejora implementadas/acciones de mejora planteadas en el informe.	NLB	90 de cumplimiento de las acciones de mejora			
	Estándar 154. Código: (MCC1) Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual: Criterios: • Tiene un enfoque sistémico. • Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional. • Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación. • Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoria y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes. • Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes. • Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el	1. Diseñar un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo institucional de la calidad orientado hacia los resultados donde se articule: - incluir las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del SUA. integrando las oportunidades de mejora de los diferentes sistemas de gestión de la organización - definir los responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora. - Determinar los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros. -Incluir en las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de	Promedio de la calificación de la autoevaluación cunitativa en el desarrollo del ciclo de Acreditación. ESTANDAR 154	1	1.3	1. Reunion con lideres de proceso y estandares para articular los planes de mejora de todas las autoevaluaciones y la relación con otros sistemas y determinar los indicadores a medir. *Realizar reunión con lideres de proceso *Concertar y definir indicadores con los lideres de proceso. *Articulación de planes de mejora 2. Elaborar el documento formal que defina el desarrollo del proceso: a. Elaborar un procedimiento de PLANEACION DEL MEJORAMIENTO CONTINUO, que incluya <u>oportunidades de mejora</u> identificadas la evaluación del cumplimiento de estandares de acreditación, las identificadas en monitoreo y seguimiento a procesos y seguimiento a indicadores, las de procesos de referenciación, las definidas en los planes de mejoramiento interno y entes de control, etc. b. Unificar el formato de Plan de mejoramiento, Acción preventiva acción correctiva, etc. c. Definir los indicadores de seguimiento del plan de mejora unificado d. Medición de los indicadores definidos y su impacto sobre el usuario y su familia.	Concertación y Definición de indicadores seguimiento a las oportunidades de mejora, con lideres de proceso.	No. de reuniones ejecutadas/No. reuniones planedas	NLB	100%	Asesor Control Interno	Pendiente por concretar y definir reuniones con los líderes de procesos y estandares para articular los planes de mejora de todas las evaluaciones y la relacion con otros sistemas y determinar los indicadores a medir.	0%
							Elaboración de procedimiento planeación del mejoramiento.	Actividades ejecutadas/actividades programadas para la elaboracion del documento planeacion del mejoramiento	NLB	Documento PLANEACION DEL MEJORAMIENTO	Asesor Control Interno	Pendiente por elaborar el procedimiento de planeación del mejoramiento.	0%
	Estándar 155. Código: (MCC2) La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales: • Son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de	Diseñar la metodología desde gerencia para ejecutar los planes de mejora articulados con los criterios del estándar.	Promedio de la calificación de la autoevaluación cunitativa en el desarrollo del ciclo de Acreditación. ESTANDAR 155	1	1.4	A través de reuniones donde se plantee como los lideres han definido su trabajo al interior del estandar o las directrices sugeridas desde gerencia para establecer las fechas de seguimiento, como se van a realizar los mismos, que documentación se va revisar como evidencias de los seguimientos, empleando la metodología para enfoque al usuario	Priorizar oportunidades de mejora definidas en el desarrollo del proceso. Ejecución y monitoreo de las oportunidades de mejora priorizadas.	Oportunidades de mejora realizadas/Total de oportunidades de mejora % ejecutado (plan de mejora)	NLB	80%	Gerente Sugerencias Control Interno	Pendiente por realizar las actividades de oportunidad de mejora y la ejecución y monitoreo de las mismas.	0%
	Estándar 157. Código: (MCC4): Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran: Criterios:					1. Establecer reuniones con las empresas que prestan servicios tercerizados con el fin de presentar los resultados del mejoramiento y trabajar articuladamente en las consecución de los planes y estrategias planteadas.	Participar en la reuniones programadas con empresas que prestan servicios tercerizados con el fin de presentar los resultados de mejoramiento.	No de reuniones realizadas/ No de reuniones programadas	NLB	90%	Subgerente Científico Seguimiento Institucional	Pendiente por participar en este tipo de reuniones.	0%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2015)				
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)							
	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, según aplique. Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal. Los canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento. Estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios 	Definir la metodología y estrategias de comunicación de los resultados del mejoramiento al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad.	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa en el desarrollo del ciclo de Acreditación. ESTANDAR ME 157	1	1.3	2. Revisar con SIAU, coordinación médica y enfermería las posibles estrategias para informar a los usuarios y su familias acerca de los avances, cambios, resultados obtenidos a partir de la implementación de los planes. Así como las fechas de publicación para luego desarrollarlas según los tiempos determinados.	Establecer canales de comunicación que permitan captar el mayor número de receptores (usuarios y familiares)	No de estrategias realizadas/No de estrategias programadas	NLB	90%	Subgerente Científico coordinación médica Imagen corporativa Seguimiento Institucional	Pendiente por definir los canales de comunicación a usuarios y familiares.	0%				
	<p>Estándar 1. Código: (AsDP1)</p> <p>La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p> <p>Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un</p>	1. Realizar revisión y ajuste del código de ética y buen gobierno	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa en el desarrollo del ciclo de Acreditación. ESTANDAR 1	1	1.5	<p>1. Realizar revisión de la resolución del comité de ética para ajustar integrantes, funciones y periodicidad de reunión.</p> <p>2. Realizar un ajuste preliminar al código de ética y buen gobierno.</p> <p>3. Citar comité de ética para revisión final y aprobación del código de ética y buen gobierno.</p> <p>4. Definir estrategias de socialización del documento a colaboradores, usuarios y familia. *Definir en un documento, estrategias de socialización en conjunto con el comité de MECI-CALIDAD e imagen corporativa.</p> <p>5. Socializar a colaboradores, usuarios y familia</p>	<p>Actualización del comité de Ética Hospitalario</p> <p>Actualizar el Código de Ética y el Código de buen gobierno.</p> <p>Aprobación de Código de Ética y el Código de buen gobierno</p> <p>Documentar y aprobar estrategias de socialización del código de ética y código de buen gobierno.</p> <p>Ejecutar el 100% de la estrategias definidas en el documento estrategias de socialización del código de ética</p>	<p>Acto Administrativo de conformación de Comité de ética ajustado</p> <p>Documento actualizados/ documentos por actualizar</p> <p>Código de Ética y el Código de buen gobierno aprobado</p> <p>Documento elaborado</p> <p>No estrategias ejecutadas/ No de estrategias definidas</p>	NLB	NLB	NLB	NLB	NLB	<p>Acto Administrativo de conformación de Comité de ética ajustado</p> <p>100%</p> <p>Código de Ética y el Código de buen gobierno aprobado</p> <p>Documento elaborado</p> <p>100%</p>	<p>Jurídica Control Inteno</p> <p>Jurídica Control Inteno</p> <p>Comité de ética</p> <p>Control Interno Imagen Corporativa</p> <p>Control Interno Imagen Corporativa</p>	<p>Pendiente por documentar (acto administrativo) el comité de ética hospitalario.</p> <p>Pendiente por actualizar el código de ética y el código de buen gobierno.</p> <p>Pendiente llevar a cabo esta reunión.</p> <p>Pendiente por socializar el código de ética y código de buen gobierno a colaboradores, usuarios y familiares.</p> <p>Pendiente por ejecutar las estrategias definidas para socializar el código de ética.</p>	<p>0%</p> <p>0%</p> <p>0%</p> <p>0%</p> <p>0%</p>

SISTEMA DE EVALUACION DE LA GESTION DEPARTAMENTAL-COMPONENTE DE EFICACIA													
DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		Es hora de resultados 2012 - 2015											
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:									
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		SISTEMAS E INFORMACIÓN Y ESTADISTICA											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA:													
ESTADISTICA	Notificar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica-SIVIGILA los eventos de interés en Salud Pública que se presenten en las diferentes sedes del Hospital del Sarare.	Mantener la notificación semanal	Porcentaje de cumplimiento de notificación			Entregar los archivos planos al SIVIGILA Municipal.	Entregar el primer día hábil de la semana los archivos planos	Número semanas epidemiológicas reportadas en archivos planos / No. De semanas epidemiológicas X 100	100%	100%	LIDER DEL PROCESO TECNICO ADMINISTRATIVO ESTADISTICA	SE LLEVO A CABO LA ACTIVIDAD COMPLETAMENTE	100.00%
	Suministrar los informes estadísticos, para brindar el soporte oportuno y requerido por los entes de control	Sostener la entrega oportuna de los informes requeridos por los entes de control	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO O ENTREGA DE INFORMES			Preparar los informes estadísticos solicitados por los entes de control.	Presentar informes de producción, calidad y alerta temprana.	Número de informes entregados/ No. De informes solicitados X 100	100%	100%	LIDER DEL PROCESO TECNICO ADMINISTRATIVO ESTADISTICA	SE LLEVO A CABO LA ACTIVIDAD COMPLETAMENTE HASTA EL MES DE JUNIO. A PARTIR DE JULIO ESTA ACTIVIDAD LA EJECUTA LA JEFE DEL AREA DE GESTION DE LA INFORMACION	100%
						Suministrar certificados antecedente de nacido vivo y defunción a los servicios que lo requieren.	Llevar un control de los certificados de nacido vivo y defunción	NO, de nacidos vivos y defunciones registrados / Numero de certificados de nacido vivo y defunción antecedente para el registro civil	100%	100%	LIDER DEL PROCESO TECNICO ADMINISTRATIVO ESTADISTICA	SE LLEVO A CABO LA ACTIVIDAD COMPLETAMENTE	100.00%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	Gestionar el suministro, diligenciamiento y confirmación de certificado, a cada nacido vivo o persona que fallezca, para suministrar información de estadísticas vitales del municipio. Registrar los niños y niñas nacidos en la E.S.E	Verificar que se digiten los certificados de nacido vivo y defunción en la página web . Fortalecer el servicio del estado civil de nacimiento.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA REVISION Y CONFIRMACION DE LOS CERTIFICADOS DE NACIDO VIVO Y DEFUNCION			Revisar y confirmar en la página WEB la información digitada por el médico.	Ejecutar el 100% de la revision periodicamente Verificar y corregir las inconsistencias encontradas	Número de certificados de nacido vivo y defuncion registrados / No de nacidos vivos y defunciones revisados y confirmados X 100	99%	100%	ESTADISTICA AUXILIAR DE INFORMACION EN SALUD	SE LLEVO A CABO LA ACTIVIDAD COMPLETAMENTE	100.00%
						realizar la captura del certificado de nacido vivo y defuncion via web	el personal medico debe realizar la captura del certificado nacido vivo y defuncion via web, inmediatamente ocurra el hecho	Número de certificados de nacido vivo y defuncion registrados oportunamente/ Número total de certificados de nacidos vivo y defunciones diligenciadosX 100	75%	100%	CORDINADOR MEDICO	Mediante resolucion 116 del 12 de Mayo del 2015 se crea el Comité de Estadísticas Vitales. Se realizaron tres reuniones	72.00%
						Registrar los niños y niñas nacidos en la E.S.E.	Canalizar los niños para que sean registrados en la E.S.E	Número de niños y niñas registrados/No de niños y niñas nacidos vivos en la E.S.E. X 100	22.50%	25%	AUXILIAR DE INFORMACION EN SALUD	El Articulo 118 de la Ley 1395 del 2010, elimino el requisito de la territorialidad para acceder al registro civil	26.00%
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.				publicar en una carpeta compartida					en el mes de mayo se publicara en la carpeta		

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.				Revision de la documentacion del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar y socializar los documentos del procesod e partos	Porcentaje de cumplimiento					100
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con el procesod e partos	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion Realizar capacitaciones periodicas al personal en aspectos relacionados con el area	Porcentaje de asisitencia				no han realizado capacitaciones	0

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	<p>Estándar 146. Código: (GI 7)</p> <p>Existen procesos para la gestión y minería de los datos, que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada. Esto incluye:</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • La transmisión del dato. • La definición de responsables de cada paso en la gestión del dato. • Los permisos asignados a cada responsable. • La validación y la conciliación entre los datos recolectados y gestionados en forma física y/o electrónica. • La generación de información útil en los niveles operativos. • La evaluación de la calidad y coherencia de datos generados 	<p>Evaluar la Adaptación de los parámetros definidos en el software de la institución que permita la obtención de la información de forma oportuna, veraz, clara y conciliada.</p>				<ol style="list-style-type: none"> 1 Documentar los roles de los responsables de cada paso en la gestión del dato. 2. Validar y conciliar entre los datos recolectados y gestionados en forma física y/o electrónica. 3. Evaluar la calidad y coherencia de datos generados 4. Realizar Acciones de Mejoramiento. 	<p>Se solicita que la Gerancia conforme el Grupo Interdisciplinario que se encargara de analizar la información para generar acciones de mejoramiento continuo en la Institución</p>					es de sistemas	

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA															
DEPARTAMENTO:		ARAUCA													
CÓDIGO DANE		81													
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015													
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015															
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:									
SECTOR DEL PDD:		SALUD													
PROGRAMA DEL PDD:		MANTENIMIENTO													
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA:															
	<p>Estándar ISO. Código: (01-1)</p> <p>La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos normativos. • Análisis de la relación oferta-demanda. • Necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud. • Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución. • Condiciones del mercado. • El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología. • El análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: evidencias de Seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva. • La articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología. • La definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y acciones de salud pública. • La definición de los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología. • La definición de tecnologías a utilizar en los servicios de habilitación y rehabilitación. • Las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios. • Personal profesional y técnico que conoce del tema e integra a los responsables de la gestión tecnológica en los diferentes servicios. • El conocimiento en la gestión de tecnología por los responsables de su uso. • La evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología. 	Diseño e implementación de un proceso de planeación de la gestión y la evaluación de la tecnología,	promedio cumplimiento de estandar de acreditacion	evaluacion de los estandares de acuerdo de a la resolucion 1 2 3 del 2012			1. Definir los aspectos normativos aplicables a la organización para la puesta en funcionamiento del programa de tecnovigilancia. 2. desarrollar el análisis de la relación oferta-demanda. Identificar de necesidades de pagadores , usuarios y equipo de salud, condiciones del mercado, el analisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología. 3. Analizar la incorporación de nueva tecnología, así como la disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva. 4. Diseñar un plan arquitectónico que facilite la articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología. Definir las condiciones que deben cumplir la adquisición de tecnología frente a las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios. 5. Fortalecer el proceso de inducción, reinducción y entrenamiento frente al uso adecuado de la tecnología	Manual de Adquisición y/o mejora tecnología	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	manual elaborado y aprobado	40	100	Coordinador area de mantenimiento de Equipos Biomedicos	Actualmente se cuenta con un Manual de Tecnovigilancia	100.00%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	<p>Estándar 135. Código: (GT 6)</p> <p>La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología en la que se incluye:</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de los costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar. • Beneficios en comparación con nuevas tecnologías. • Confiabilidad y seguridad. • Facilidad de operación. • Articulación con el direccionamiento estratégico. • Facilidades y ventajas para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige 	Diseñar e implementar un política de gestion de la tecnología que contenga los criterios para la renovación de la misma.		evaluacion de los estandares de acuerdo de a la resolucion 1 2 3 del 2012		<p>1. Definir e identificar los riesgos a nivel organizacional frente al uso de la tecnología</p> <p>2. diseño de herramientas y metodologías para identificar, priorizar, gestionar, evaluar e intervenir los riesgos asociados al uso de la tecnología</p> <p>3. priorizacion de los riesgos a nivel organizacional frente al uso de tecnología</p> <p>4. Disponer de los recursos financieros, tecnicos y humanos para la minimizacion del riesgo asociado al uso de la tecnología.</p> <p>5. identificacion de barreras organizacionales que minimicen los riesgos administrativos, asistenciales y gerenciales</p> <p>6 evaluacion de la politica de gestion de la tecnología a traves de la materializacion de los riesgos identificados en misma. y toma de acciones que corrijan las desviaciones.</p>	implementar guias y protocolos frente al uso de la tecnología , identificando los principales niveles de riesgo . Y realizar seguimiento, gestionar recursos para llevar a cabo estas guias.	Cumplimiento de actividades propuestas	protocolos elaborados e implementados/total de protocolos elaborados	10%	80%	Coordinador area de mantenimiento	no se han realizado las actividades	10.00%	
	<p>Estándar 138. Código: (GT 9)</p> <p>La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.</p>	Diseño, aplicacion y evaluacion de guías y/o protocolos de manejo clínico. que contengan el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación	implementacion de guias tecnicas para el adecuado manejo de los equipos biomedicos	evaluacion de los estandares de acuerdo de a la resolucion 1 2 3 del 2012		<p>1. Diseño de guías de uso de la tecnología, a través de la identificación de cada uno frente al apoyo resolutivo o diagnostico de la situación de salud de los usuarios, Identificación del riesgo de cada equipo para que sea incluido en la guía rapida de manejo de equipos biomedicos,</p> <p>2. diseño de un mecanismo de evaluacion a la adherencia de las guias de manejo rapido de equipos, ajuste al proceso de adherencia a las guias a corde a los resultados presentados.</p>	plantear guias que determinen el riesgo frente al manejo de la tecnología, e implementar criterios de evaluacion	guía elaborada	guía elaborada y aprobada	10	80%	Coordinador area de mantenimiento de Equipos Biomedicos	Dentro del Manual de Tecnovigilancia se cuenta con pautas para el riesgo del uso de la Tecnología y determinar mediante rondas de seguridad, las falencias y el riesgo del mal uso de la tecnología. Cabe resaltar, que dichas guias seran elaboradas con la informacion que se pueda extraer el manual de Tecnovigilancia.	0.00%	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
								porcentaje de adherencia a la guía	numero de personas que aplican la guía/numero de personas evaluadas	0	80%	Coordinador area de mantenimiento	no se han realizado las actividades	0.00%	
Estándar 119. Código: (GAF1) La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las		Evaluar la efectividad del Plan de Mantenimiento		evaluacion de los estandares de acuerdo de a la resolucion 1 2 3 del 2012			Actualizar el Manual de Mantenimiento Preventivo Programado	mantener actualizado el Manual de Mantenimiento Preventivo Programado incluyendo nuevas estrategias que impliquen mejoras en el funcionamiento de los equipos.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NRO. DE MANTENIMIENTOS REALIZADOS/NUMEROS DE MANTENIMIETNOS PROGRAMADOS	90%	100%	Coordinador area de mantenimiento de Equipos Biomedicos	El manual de mantenimiento preventivo actualizado mediante los protocolos y actividades individuales.	95.00%
				evaluacion de los estandares de acuerdo de a la resolucion 1 2 3 del 2012			Actualizar Plan de Mantenimiento (Infraestructura, muebles y enceres de uso administrativo y asistencial)	implimentar el plan de Mantenimiento (Infraestructura, muebles y enceres de uso administrativo y asistencial)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	plan de mantenimiento elaborado y aprobado	80%	100%	Coordinador area de mantenimiento	Actualmente no se han realizado la actualizacion de las actividades	0.00%
				evaluacion de los estandares de acuerdo de a la resolucion 1 2 3 del 2012			Asignar Oportunamente Recursos Humanos y Financieros al Cumplimiento del Plan de Mantenimiento	Gestionar, evaluar y establecer recursos para el cumplimiento del plan de mantenimiento.	solicitud de recurso humado y financiero		0		Coordinador area de mantenimiento y Subgerente administrativo y financiero	se Gestionan mediante estudios de conveniencia y oportunidad la solicitud de mano de obra para el apoyo de la ejecucion de los mantenimientos. Mediante oficios radicados, se gestiona recursos financieros para el cumplimiento de los equipos biomedicos.	100.00%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN			
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)						
	necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta. Lo anterior incluye: <ul style="list-style-type: none"> Procesos consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. <ul style="list-style-type: none"> Enfoque de riesgo. Mejoramiento de la seguridad industrial. Preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos. La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades y considerando el balance entre oferta y demanda. La organización tiene diseñado, difundido e implementado un plan que garantiza la protección a los usuarios y a los colaboradores. Programas de prevención dirigidos a los usuarios y los funcionarios para riesgos biológicos, químicos, de radiación, mecánicos, etc. <ul style="list-style-type: none"> Condiciones para la humanización del ambiente físico. 			evaluacion de los estandares de acuerdo de a la resolucion 1 2 3 del 2012			Efectuar Seguimiento al Plan de Mantenimiento, definiendo semestralmente el indicador de cumplimiento	auditoria interna para evaluar de forma periodica la ejecucion del plan de mantenimiento	evaluacion interna	numero de Mantenimientos ejecutados/numero de mantenimientos programados	50%	80%	Coordinador area de mantenimiento	Se realiza la verificacion del cumplimiento de los mantenimientos para los equipos biomedicos programados y los que se incluyen en el plan de mantenimiento de la infraestructura fisica, mediante el formato de reporte establecido por la institucion.	80%			
																	evaluacion de los estandares de acuerdo de a la resolucion 1 2 3 del 2012	
				Evaluar la carga laboral del personal de mantenimiento que permitan cumplir con las funciones a cargo		Cumplimiento de actividades propuestas	evaluacion de los estandares de acuerdo de a la resolucion 1 2 3 del 2012			Coordinar con Talento Humano la Evaluación de Cargas Laborales para el área de Mantenimiento	identificar mediante evaluacion estrategica las direfentes cargas laborales para el area de mantenimiento.	mejorar las condiciones de trabajo	NRO. DE TAREAS REALIZADAS/NUMERO DE TAREAS PROGRAMADAS	40%	70%	Coordinador area de mantenimiento	Mediante un Estudio de cargas laborales, se asignaron actividades especificas para cada dependencia	45%
						Cumplimiento de actividades propuestas	evaluacion de los estandares de acuerdo de a la resolucion 1 2 3 del 2012			Redistribución de cargas Laborales de acuerdo al resultado de la evaluación	mejorar el flujo de trabajo para nivel las cargas laborales	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NRO. DE TAREAS REALIZADAS/NUMERO DE TAREAS PROGRAMADAS	40%	70%	Coordinador area de mantenimiento y oficina de Talento Humano	Asignacion de actividades especificas, resultado del estudio de cargas laborales. Para cada especialidad.	45%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.					Adecuar la infraestructura del área asignada de manera que se tenga en cuenta el respeto a la dignidad de pacientes, usuarios y familia y se tenga en cuenta uno de los ejes de acreditación: humanización en la atención.	Reforzamiento estructural y reorganización de espacios de la infraestructura física actual, con el fin de garantizar mejores condiciones de seguridad a los usuarios.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Adecuación de infraestructura física.	60%	90%	Coordinador área de mantenimiento	se realizan las actividades de infraestructura, adecuación, restauración de las diferentes áreas administrativas y asistenciales con el fin de dar cumplimiento a los estándares establecidos en la normatividad (resolución 2003 del 2014) con visto bueno de los entes de control interno. Existen contratos de obras en ejecución.	80%
						adecuar canales de información ágiles	cumplir oportunamente a las solicitudes de acciones preventivas y/o correctivas solicitadas	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	número de acciones realizadas < a 5 días/número de solicitudes	100%	100%	Coordinador área de mantenimiento	Las actividades preventivas se realizan mediante el cronograma de actividades establecidas en el plan de mantenimiento. Las actividades correctivas se ejecutan según los llamados y la prioridad del equipo.	80%	
							revisar la documentación del proceso de mantenimiento y actualizarla de acuerdo a la normatividad vigente	actualizar los documentos y socializarlos con el personal de área	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	número de documentos socializados/número de documentos	50%	70%		Se organiza y arch	60%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
		Mantener actualizados los sistemas de información.					llevar indicadores al día	actualizar los indicadores de acuerdo a la periodicidad	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	indicadores reportados a tiempo /numero de indicadores	20%	70%		No se ha realizado el analisis de los indicadores, de la ejecucion de los mantenimientos preventivos programados.	0%
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.					capacitar al personal sobre necesidades del ambiente fisico, mantenimiento hospitalario, mantenimiento biomedico y el adecuado uso de la herramienta como instrumento de trabajo.	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	numero de personal solicitada a capacitaciones/numeo de capacitaciones programadas	90%	100%		Se informa al personal de cada una de las actividades de capacitacion y formacion en temas relacionados a la ingenieria biomedica, se realiza entrega de los oficios de invitacion a la asistencia de capacitacion.	100%

DEPARTAMENTO:																
CÓDIGO DANE:																
PLAN DE DESARROLLO:																
DIMENSIÓN DEL PDD: SOCIAL																
SECTOR DEL PDD: SALUD																
PROGRAMA DEL PDD: MERCADEO																
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	% PONDERADO EN EL PROGRAMA	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCION
				NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA:																
Implementar y cumplir los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.		Porcentaje de cumplimiento	Total de procesos desarrollados/Total de procesos planteados			Elaborar Plan de Comunicación y ejecutarlo	Realizar el plan de comunicación y garantizar su cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de acciones ejecutadas/acciones programadas		100%	Profesional en Mercadeo y Calidad	A corte del 4to trimestre de 2015 se elaboró, documento, aprobó bajo resolución y ejecutó satisfactoriamente el Plan de Comunicación	100.00%	
	Mantener actualizados los sistemas de información.		Porcentaje de cumplimiento	Sistemas de información actualizados/Total de sistemas de información			Realizar seguimiento continuo a los sistemas de información	Actualizar constantemente los sistemas de información	Porcentaje de actualizaciones	Número de actualizaciones a cada sistema de información/Tiempo		100%	Profesional en mercadeo y Sistemas	La Institución cuenta con 9 medios de comunicación internos y externos los cuales se actualizan periódicamente según las necesidades de información presentadas, se realizó a cada uno el porcentaje de actualización y se dividió en el número de medios.	80.00%	
	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.		Porcentaje de cumplimiento	Personal capacitado/Total de personal			Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con las actividades que desempeña	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución en aspectos relacionados con las actividades que desempeña Realizar por lo menos una capacitación mediante plataforma virtual sobre temas relacionados	Porcentaje de capacitados	Número de asistentes a capacitaciones/ Total del personal		90%	Talento humano, líderes de proceso, profesional en mercadeo, calidad, control interno	El área ha asistido a todas las capacitaciones programadas por la Institución	100.00%	
Estándar 78. Código: (DIR 4) La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.	Establecer un mecanismo de monitoreo y evaluación del resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la transformación cultural y la responsabilidad social.		Porcentaje de satisfacción	Número de usuarios satisfechos/Total de usuarios encuestados			Definir las acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social. mediante estudio de mercadeo	Crear e implementar estrategias de mejoramiento de acuerdo a los resultados del estudio de mercadeo	Porcentaje de cumplimiento	Estrategias implementadas / Estrategias programadas		90%	líderes de proceso, profesional en mercadeo, calidad, Control interno	No se ha realizado el planteamiento con líderes de proceso para establecer el cronograma de actividades del estudio de mercadeo	0.00%	
Estándar 103. Código: (TH 1) Existen procesos para identificar y responder a las	Definir una estrategia para que todos los	Definir una estrategia para que todos los		Estrategias			coordinar con líderes de proceso y profesional en mercadeo la manera ludica o didactica de informar sobre la normatividad, funciones y obligaciones	Reunidos con los líderes de proceso, crear estrategias de divulgación que comuniquen efectivamente	Porcentaje de cumplimiento	Estrategias implementadas / Estrategias programadas			líderes de proceso, profesional en mercadeo, calidad, Control interno	Se comunicó la información mediante los 5 medios de comunicación internos y además de ello medios impresos y presencial.	100.00%	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	% PONDERADO EN EL PROGRAMA	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCION
				NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estos procesos incluyen la información relacionada con:	colaboradores conozcan bajo que normatividad está regida la institución, así como sus funciones y obligaciones.	conozcan bajo que normatividad está regida la institución, así como sus funciones y obligaciones.	Porcentaje de cumplimiento	ejecutadas / Estrategias programadas			aplicar y evaluar la estrategia definida	evaluar la efectividad de la comunicación realizada por medio de un formato de prueba de conocimientos	Porcentaje de efectividad	Número de personal que aprueba la evaluación/Total del personal evaluado			líderes de proceso imagen corporativa calidad. Control interno	El área de Control Interno evalúa al personal al realizarle la exposición presencial del tema. Definir dato de ejecución desde esta área	33%
								Realizar reunion con los líderes de proceso, atención al usuario e imagen corporativa para revisar el manual de imagen corporativa existente y hacer ajustes orientados a los criterios de acreditación	Actualizar el manual de imagen corporativa actual	Cumplimiento de actividades	Manual actualizado			líderes de proceso imagen corporativa calidad control interno	Se actualizó el manual de imagen corporativa en la vigencia 2015	100%
		Revisar y ajustar con los líderes de proceso, atención al usuario, imagen corporativa el manual de imagen corporativa donde se especifiquen los pasos o fases del proceso de atención, y establecer su implementación.	Revisar y ajustar con los líderes de proceso, atención al usuario, imagen corporativa el manual de imagen corporativa donde se especifiquen los pasos o fases del proceso de atención, y establecer su implementación.	Porcentaje de cumplimiento	Estrategias ejecutadas / Estrategias programadas			Definir con los líderes de proceso, imagen corporativa y SIAU las estrategias para implementar el manual de atención al usuario e imagen corporativa y establecer mecanismos de seguimiento incluir: (portar carné institucional, manejo zona de parqueo, correcta utilización de los equipos de conservación de alimentos...)	Crear estrategias para la implementación y seguimiento del manual de atención e imagen	Porcentaje de cumplimiento	Estrategias definidas/ Estrategias planteadas			líderes de proceso imagen corporativa, SIAU calidad control interno	Por petición de los Colaboradores y aceptación de la Gerencia se continuo con el manual de imagen corporativa de vigencias anteriores.	0%
	Estándar 110. Código: (TH 8) La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores. Las estrategias se relacionan con • El entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios tales como: • Cumplimiento de las responsabilidades a su cargo. • Pasos o fases del proceso de atención. • Seguridad del paciente. • Humanización del servicio. • Habilidades comunicativas. • Enfoque de riesgo. • Gestión de tecnologías. • Protocolos y guías de atención. • Investigación científica. • Entrenamiento de estudiantes, si aplica:							Implementar las estrategias para el cumplimiento del manual de atención al usuario e imagen corporativa.	Desarrollar las estrategias definidas para el cumplimiento del manual de atención e imagen corporativa	Porcentaje de cumplimiento	Estrategias implementadas / Estrategias programadas			líderes de proceso imagen corporativa, SIAU calidad control interno	Por petición de los Colaboradores y aceptación de la Gerencia se continuo con el manual de imagen corporativa de vigencias anteriores.	0%
		Desplegar la política de humanización a todos los colaboradores del hospital previa		Porcentaje de	Personal capacitado/Total			Realizar grupos focales para conocer la percepción y recoger las inquietudes de los colaboradores frente al tema y una vez analizada dar a conocer la información recolectada a las directivas para participar en la construcción de la política y programa de Humanización.	Estudiar y analizar la percepción de los colaboradores acerca del programa	Estudio de mercadeo	Resultados de estudio			líderes de proceso imagen corporativa, SIAU calidad control interno	Se realizó una estrategia piloto donde se hicieron grupos focales y definieron estrategias macro para desarrollar en las diferentes áreas o segmentos. Se creó el área de Humanización dirigido por una Psicóloga que se encargará de documentar y ejecutar las acciones.	30%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	% PONDERADO EN EL PROGRAMA	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCION
				NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
		realización del estándar de direccionamiento.		capacitación	capacitado/ total de personal			Definir en que procesos existe corresponsabilidad en el desarrollo de actividades. Realizar reunión con los líderes para determinar las acciones, responsabilidades, tiempos de ejecución así como los seguimientos en el cumplimiento de los mismos. (todo debe estar soportado)	Establecer que procesos intervienen y definir el plan de acción	Definición del plan	Plan de acción			líderes de proceso imagen corporativa, SIAU calidad control interno	La profesional del área visitó uno a uno los líderes donde se compartieron opiniones y definió el plan de acción a seguir	100%
								Definir al interior de TH acciones, responsables, acciones, tiempos de ejecución y seguimientos para el desarrollo de los planes de mejoramiento. (todo debe quedar soportado en actas)	Desarrollar el plan de acción y realizar seguimiento	Porcentaje de cumplimiento	Estrategias implementadas / Estrategias programadas			líderes de proceso imagen corporativa, SIAU calidad control interno	El plan de acción a termino de la vigencia 2015 se documentó y socializó, se ejecutará en el primer trimestre de 2016	50%
Estándar 118. Código: (TH MCC1)	La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta.	Establecer e implementar procesos y procedimientos alineados con el direccionamiento estratégico, que den respuesta al estándar de gerencia del talento humano y que esten relacionados con: -estrategias con los líderes de los estándares a fin de articular los procesos interdependientes y la ejecución de los mismos. -dinamica de seguiminetos propios del estandar para el cumplimiento de los objetivos trazados en gerencia del talento humano. -la estrategia de comunicación de los resultados sobre los procesos relacionados con el estandar al cliente interno.		Pocentaje de cumplimiento	Estrategias ejecutadas / Estrategias programadas			establecer con líderes de proceso e imagen corporativa estrategias puntuales de divulgación sobre los procesos del estandar que tiene impacto en los colaboradores. (estudiar alternativas y estategias y ecoger las mas adecuadas todo soportado	Comunicar a los colaboradores los aspectos relevantes del estandar	Porcentaje de capacitados	Personal capacitado/ Total del personal			líderes de proceso imagen corporativa, calidad control interno	El área de Mercadeo ha comunicado puntualmente toda la información entregada por los líderes de proceso	100%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	% PONDERADO EN EL PROGRAMA	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCION
				NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	<p>Estándar 141. Código: (GI 2)</p> <p>Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye:</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> La identificación de las necesidades de información. Un proceso de implementación basado en prioridades. La recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección y a cada uno de los procesos, la toma oportuna y efectiva de decisiones. Flujo de la información. Minería de datos. Almacenamiento, conservación y depuración de la información. Seguridad y confidencialidad de la información. Uso de la información. El uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información. Recolección sistemática de las necesidades, las opiniones y los niveles de satisfacción de los clientes del sistema de información. Cualquier disfunción en el sistema de información es recolectada, analizada y resuelta. La información soporta la gestión de los procesos relacionados con la atención al cliente de la organización. Identificación de espacios gerenciales y técnicos para el análisis de la información. Definición de indicadores corporativos que incluyan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. Comparación con mejores prácticas. Sistema de medición, evaluación y mejoramiento 	Documentar y actualizar la planificación de la gestión de la información en un Plan Gerencial		Pocentaje de cumplimiento	Estrategias ejecutadas / Estrategias programadas			<ol style="list-style-type: none"> Definir Objetivo y Alcance del Plan Identificar las necesidades de la información y los clientes. <ol style="list-style-type: none"> Realizar Diagnostico de necesidades de la Información Identificar necesidades de Almacenamiento, conservación y depuración de la información. Identificar mecanismos de Seguridad y confidencialidad de la información. Definir el Uso de las tecnologías adquiridas acordes a las necesidades de la información Definir indicadores incluyan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. Priorizar Necesidades de la Información en la Institución Establecer los Responsables del Plan y los Roles Identificar espacios gerenciales y técnicos para el análisis de la información. Establecer el propósito de referenciación Comparativa Definir respuestas a las necesidades de la información Evaluar efectividad de respuestas a las necesidades de la Información Implementar acciones de mejora y ajustes al Plan Gerencial. 	Realizar el plan de gestión de la información	Porcentaje de cumplimiento	Estrategias implementadas / Estrategias programadas			1,2. Profesional de Mercadeo. 3. Técnico Administrativo en Archivo Central.	No se ha realizado reunión con el área de Archivo Central para definir responsabilidades, planteamiento y ejecución.	0
	<p>Estándar 153. Código: (GI MCC14)</p> <p>La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización. La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares. El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad. La comunicación de los resultados 	Implementar y Evaluar Estrategias de Comunicación que permitan desplegar la información de las oportunidades de mejora a clientes internos y externos.		Pocentaje de cumplimiento	Estrategias ejecutadas / Estrategias programadas			<ol style="list-style-type: none"> Definir estrategias de comunicación de Plan de Mejora de estándares de Autoevaluación. Desplegar Información de los Planes de Mejora en la Institución. Evaluar el Despliegue de la Información. 	Desarrollar estrategias de divulgación y evaluar su efectividad	Porcentaje de efectividad	Estrategias efectivas/Estrategias implementadas			Profesional en Mercadeo	Las estrategias están contenidas en el Plan de comunicación y se ven reflejadas en la actualización de los sistemas de información	100%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	% PONDERADO EN EL PROGRAMA	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCION
				NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	<p>Estándar 5. Código: (ASSP1)</p> <p>La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante:</p> <p>Una estructura funcional para la seguridad del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación. Monitorización de eventos adversos. Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior 	Realizar revision y ajuste a programa de seguridad de paciente y socializar a colaboradores, usuarios y familia		Pocentaje de cumplimiento	Estrategias ejecutadas / Estrategias programadas			Socializar programa de seguridad, de paciente a colaboradores , usuarios y familia	Implementar estrategias de divulgación	Pocentaje de cumplimiento	Estrategias ejecutadas / Estrategias programadas			Líderes de proceso, profesional en mercadeo, calidad	El programa está documentado y el usuario, la familia o colaborador lo pueden consultar en la página web de la Institución	100%
	<p>Estándar 6. Código: (ASSP2)</p> <p>La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye:</p> <p>La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos.</p> <ul style="list-style-type: none"> La investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias. La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente. 	Realizar actividades que fortalezcan la cultura del reporte de evento adverso en todos los procesos asistenciales.		Pocentaje de cumplimiento	Estrategias efectivas/Estrategias implementadas			Realizar actividades que fortalezcan la cultura del reporte de evento adverso en todos los procesos asistenciales.	Realizar campañas de sensibilización al personal	Pocentaje de cumplimiento	Estrategias efectivas/Estrategias implementadas	no se conoce		Líderes de proceso, profesional en mercadeo, calidad	Se realizaron concursos motivacionales donde se premio de forma pecuniaria a los grupos y colaboradores que tuvieron la cultura del reporte, además se realizaron día a día actividades de refuerzo, concientización y sensibilización	100%
	<p>Estándar 69. Código: (ASIR12)</p> <p>La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman recibe información detallada y oportuna acerca de servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde esta gerencia</p>	Diseñar mecanismos para que la información relevante para la institución y que el gerente debe desplegar sea entregada a todos los colaboradores de las diferentes sedes,		Herramientas de divulgación	Plan de comunicación			Ajustar el plan de comunicaciones de la institución	Realizar el plan de comunicación y garantizar su cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de acciones ejecutadas/acciones programadas	no se conoce			Las estrategias están contenidas en el Plan de comunicación y se ven reflejadas en la actualización de	100%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	% PONDERADO EN EL PROGRAMA	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCION
				NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	<p>Estándar 18. Código: (ASREG3) En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención. Estas guías o protocolos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se encuentran y usan en los respectivos sitios administrativos y asistenciales que los requieran para la información oportuna de los usuarios. • Se revisan y ajustan periódicamente. Cada actualización es enviada al sitio o servicio que corresponda y se realiza seguimiento de su adherencia. • Se garantiza que se deja constancia (física o en el sistema de información) sobre las recomendaciones dadas al paciente para su preparación. • Se socializan y se generan acciones de mejora en caso de no cumplimiento. 	<p>Actualizar, socializar y hacer seguimiento al cumplimiento de las directrices para preparación de pacientes descritas en los documentos de las áreas de cirugía e imágenes diagnósticas</p>		Pocentaje de cumplimiento	Estrategias ejecutadas / Estrategias programadas			Definir estrategia para socialización del documento ajustado a colaboradores, usuario y familia	Implementar estrategias de divulgación	Pocentaje de cumplimiento	Estrategias implementadas / Estrategias programadas			Mercadeo Líder Cirugía	Se realizaron los diseños correspondientes de la cantidad de cirugías realizadas y se entregan a cada paciente en medio impreso y también se encuentran como elemento de consulta en la página web	100%
	<p>Estándar 40. Código: (AsE11) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función en un equipo de trabajo; La organiza la suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida. • Se realizan interconsultas en forma oportuna y se evalúa la efectividad de las mismas. • La organización promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento. • Se realiza valoración nutricional. • Se tienen en cuenta todos los riesgos principales de los pacientes. • La organización garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. 	<p>Realizar la adaptación de las guías de clínicas, con enfoque de manejo integral e interdisciplinario, incluyendo el plan de cuidado de enfermería.</p>		Pocentaje de cumplimiento	Estrategias ejecutadas / Estrategias programadas			Socializar guías actualizadas al personal asistencial	Implementar estrategias de divulgación	Porcentaje de capacitados	Personal capacitado/ Total del personal asistencial			Mercadeo Coordinación enfermería Coordinador médico	Se han realizado reuniones primarias con los grupos focales de interés donde se han socializado cierta cantidad de guías.	50%

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA														
DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CÓDIGO DANE		81												
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015												
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015														
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:		FACTURACION												
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	% PONDERADO EN EL PROGRAMA	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
				NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA:														
FACTURACION	FORTALECIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL	Consolidar las cuentas de los SOAT con los respectivos documentos		cuantificar las cuentas de SOAT y FOSYGA que se envían a las empresas aseguradoras y a triple A	90%	95%	Definir el proceso y documentos requeridos para soportar las cuentas de SOAT	Total de SOAT, ingresados/ total de SOAT facturados		95%	100%	FACTURACION	la meta se cumplió en un 90 % en razón a que las aseguradoras devuelven las facturas por contenido subjetivo que deriva de la ocurrencia de los hechos, versión del accidentado, o documentos ilegibles, situación ajena al hospital	90.00%
		Fortalecer el proceso de capacitación del programa de facturación.		programar capacitación constante al personal seleccionado	80%	90%	capacitar periódicamente sobre el desarrollo del programa y realizar reuniones periódicas para subsanar las dudas y conocer los aplicativos nuevos del programa	95% del cumplimiento de las capacitaciones	numero de reuniones programadas/numero de reuniones realizadas		80%	90%	SISTEMAS Y COORDINACION DE FACTURACION Y TALENTO HUMANO	la meta se cumplió en un 80% debido a la falta de capacitación sobre las actualizaciones del sistema dinámica, por parte de la institución, las novedades presentadas en la normatividad y cambio ha sido constante la comunicación con el personal de facturación en aras de mejorar la prestación del servicio.

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	% PONDERADO EN EL PROGRAMA	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
				NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
FACTURACION		Mejorar la atención del servicio al cliente		conocer el numero de PQR,s que se presentan en la atencion de los servicios de facturacion	90	95%	*identificar factores que inciden en la inadecuada prestación de los servicios, sus consecuencias , reprocesos y costos que generar a la institucion. optimizar la prestación de los diferentes servicios en cada una de las sedes	numero de clientes atendidos/numero de clientes insatisfechos	90.00%	95%	TALENTO HUMANO, SERVICIO AL CLIENTE Y LIDERES DE PROCESO, FACTURACION	la insatisfaccion en la prestacion del servicio por parte de la institucion ha disminuido, aunque hace falta mayor difusion por los medios internos de los pasos a seguir para la solicitud de los diversos servicios, así mismo se presenta usuario- EPS por la demora en las autorizaciones de servicios y falencias de afiliacion.	95.00%	
FACTURACION	Autorizaciones	solicitar las autorizaciones a las empresas antes de 24 horas.		identificar que empresas estan entregando la autorizacion posterior al evento	80.00%	90%	identificar a traves del censo el tipo de autorizacion que se debe solicitar a las empresas.	disminuir la glosas por la falta de autorizaciones	autorizacion satisfactoria / total de autorizaciones solicitadas	80%	90%	COORDINACION ENFERMERIA, ADMISIONES, FACTURACION	con el objetivo de minimizar las glosas por causa de autorizaciones , el proceso se modifico donde debe presentar la autorizacion para sacar la cita y posteriormente facturar, los usuarios hospitalizados se solicitan a traves de anexo 3 en cumplimiento de la resoloucion 3047 de 2008	90%
	cumplir con la fecha de entrega de cuentas en los terminos y condiciones señalados por la ley de contratacion]	Elaborar y presentar las cuentas a las empresas durante los primeros 15 días de cada mes		indicador de oportunidad en la entrega de las cuentas	95	100%	elaborar y presentar las cuentas a cada una de las empresas , adjuntando los RIPS, validados como parte integrante y control de facturacion,con los soportes y cuentas digitales establecidas en los contratos.	entregar las cuentas en los tiempos establecidos.	% de cumplimiento de entrega y radicacion de cuentas.	95	100%	FACTURACION	las cuentas se generan , junto con los Rips y soportes digitales y se envia a radicacion acada empresa dentro de los 10 primeros dias del mes.	100%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	% PONDERADO EN EL PROGRAMA	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
				NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	Presentacion de informe de facturacion	entregar oportunamente el informe de produccion a las demas areas de la institucion y entes que lo requieran.		indicador de oportunidad en la entrega de informe de produccion a cartera, presupuesto, tesoreria, gerencia y subgerentes		20 dias	consolidacion de los informes entregados	entrega de informe de produccion en el tiempo estipulado	% de efectividad de entrega del informe		100%	COORDINADOR DE FACTURACION	Una vez enviadas y radicadas las cuentas en la diferentes empresas se procede a elaborar y entregar los informes de produccion y radicacion de cuentas a contabilidad , cartera y subdireccion administrativa dentro del plazo establecido hasta el 20 de cada mes.	100%
		Facturar correctamente los servicios prestados en la institucion		indicador de oportunidad de factura correctamente diligenciada		85	seguimiento y verificacion estadistica mensual de facturas anuladas	Minimizar el numero de facturar anuladas por concepto error digitalizacion u otros convenios	total facturas registradas/total facturas anuladas		85		el porcentaje d anulacion fue del 1% dadopor concepto tanto error digitacion como de usuario no pasa al medico, no realizan exámenes, procedimientos no realizados	85%
		Aumentar la satisfacción del usuario.		analizar cada mes el numero de quejas presentadas por los usuarios		90	Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios	Dar cumplimiento a la respuesta de quejas en los plazos establecidos	% de cumplimiento de respuesta y mejora a las quejas interpuestas,		90		la mejora en los procesos ha dado buenos resultados, como es , dar la informacion veraz y objetiva al cliente y la division de stan de atencion de consulta externa y especializada , disminuyo potencialmente las quejas de los usuarios	95%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	% PONDERADO EN EL PROGRAMA	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
				NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.		Establecer mecanismos tecnológicos que conduzcan a generar efectividad del servicio	40	50%	reestructuración del área de acceso y planificación para la atención del servicio	generar optimización en la prestación del servicio y satisfacción al cliente	% de usuarios atendidos oportunamente	90	95%		se dividió la prestación del servicio de consulta externa y especializada y mejoró notablemente la satisfacción del usuario, así mismo correo con el proceso de cirugías programadas	90%
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.		información oportuna al usuario	90	95%	Brindar la información oportuna al usuario desde Siau y personal asistencial.	Reducir el número de usuarios devueltos por documentación incompleta	% de usuarios insatisfechos por devolución	85	95%		la información proviene directamente desde el SIAU	
		Mantener actualizados los sistemas de información.		Alimentar mensualmente con las bases de datos de las empresas el sistema de información.	90	95%	Socializar con el cliente interno la información nueva que ingresa al sistema	mantener actualizadas las bases de datos de todas las empresas	% de efectividad en mantener las bases de datos al día	90%	100%		las empresas no envían las bases de datos dentro de los 05 primeros días de cada mes y por lo general se trabaja con la del mes anterior, el cumplimiento es muy remoto, se debe estar solicitando constantemente.	80%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	% PONDERADO EN EL PROGRAMA	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
				NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.		realizar una capacitacion mensual por parte de talento humano pata efectos de maximizar la prestacion de los servicios	20	80%	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con atencion al usuario	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion en aspectos relacionados con atencion al usuario Realizar por lo menos una capacitacion mediante plataforma virtual sobre temas relacionados con atencion al usuario.	numero de capacitaciones planeadas/numero de capacitaciones realizadas	20%	80%		las capacitacion dadas por taneto humano fueron muy minimas y no se hizo enfasis en atencion y servicio al cliente, humanizacion, se dbio realizar de manera independiente los clientes internos	40%

SISTEMA DE EVALUACION DE LA GESTION GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA															
DEPARTAMENTO:		ARAUCA													
CÓDIGO DANE		81													
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015													
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015(Progama/Plan R01)															
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:											
SECTOR DEL PDD:		SALUD		Custodiar y conservar los diferentes fondos administrativos y brindar apoyo a la organización documental, mediante los procesos técnicos archivísticos.											
PROGRAMA DEL PDD:		SUBPROCESO GESTION DOCUMENTAL													
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO <small>(Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)</small>	INDICADOR PROYECTO NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)	ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACION	EJECUCION
									NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPR															
GESTION DOCUMENTAL	GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJO PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	Realizar procesos técnicos, custodiar y conservar los acervos documentales e historias clínicas inactivas	Seguimiento y control de las actividades archivísticas a realizar, mediante normas vigentes.	Total actividades ejecutadas / Actividades programadas	100%	100%	Servicio de consulta y prestamo	Realizar Seguimiento a documentos en calidad de prestamo ; Conservar y custodiar para evitar deterioro y perdida documental.	Prestamo oportuno	Documentos devueltos en el trimestre X100/ Documentos prestados en el trimestre + (mas) Documentos pendientes por devolver del trimestre anterior.	100%	100%	Auxs. de Archivo	Evidenciado mediante formatos reglamentarios 1.- Solicitud de prestamo y control (F11, F12)- (F13, F14 Y F36 HC). 2.- F22 seguimiento del documento en calidad de prestamo. 3.- Indicador : prestamo oportuno de documentos(trimestralmente)	100%
				Total actividades ejecutadas / Actividades programadas	100%	100%	Seguridad y Control mediante formatos reglamentarios al acervo documental activo y semiactivo.	Efectuar seguimiento y control en los archivos de gestión; Vigilar y custodiar los documentos en deposito;	Efectividad en la verificación y aplicación en el cumplimiento de lo señalado en formatos de calidad.	Cumplimiento de controles / controles establecidos	100%	100%	Tecnico Administrativo Archivo central	Evidenciado mediante Formatos reglamentarios 1.- Seguimiento manejo basico archivístico F23 y F28 2.- Indicador: Efectividad en la aplicación del manejo archivístico (trimestralmente)	100%
				Total actividades ejecutadas / Actividades programadas	69%	69%	Control chequeo planta fisica- Estado de conservación depositos de archivo.	Verificar el estado de conservación según aspectos estructurales, de ubicación y condiciones ambientales.	Efectividad en la verificación y aplicación en el cumplimiento; según porcentaje de conservación- lista de chequeo	Cumplimiento de controles / controles establecidos	69%	75%		Evidenciado mediante formatos reglamentarios 1.- Seguimiento manejo planta fisica. F21-F31 y FMC-00-F01. 2.- Indicador: Efectividad en la verificación y aplicación según porcentaje de conservación - lista de chequeo (trimestralmente).	70%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO		LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)	ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACION	EJECUCION
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR					NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
				Total actividades ejecutadas / Actividades programadas	100%	100%	Brindar Capacitación a responsables de archivos	Capacitar bajo parametros archivisticos	Capacitar e ilustrar para mejorar el manejo organizacional de los archivos de gestión.	Capacitaciones Dictadas/ Capacitaciones programadas.	100%	100%	Tecnico Administrativo	Evidenciado mediante formato reglamentario 1.- SEI-01-F16; formato asistencia a capacitaciones. 2.- Indicador: Mejoramiento para el manejo organizacional de los archivos de gestión. (Semestral).	100%
				Total actividades ejecutadas / Actividades programadas	100%	100%	Realizar Informe Archivístico, semestralmente.	evidenciar actividades bajo parametros archivisticos	Realizar informe semestral, evidenciando manejo organizacional de los archivos.	Informes rendidos / Informes programados.	100%	100%	Tecnico Administrativo	Evidenciado mediante Plantilla funcion archivística(decreto 2609/2012). 1.- Reflejando actividades del subproceso gestión documental, mediante normas archivísticas vigentes. 2.- Indicador eficiencia en la remisión oportuna ante el Consejo Dptal de archivo (Semestral).	100%
SUBPROGRAMA:															
GESTION DOCUMENTAL	GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJO PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	Recepción de comunicaciones oficiales.	Efectividad en la Entrega de cada una de las comunicaciones oficiales recibidas por diferentes medios.	A= Total Comunicaciones oportunamente entregadas. B= Total de comunicaciones recibidas y radicadas	95.00%	100%	Recepción y radicación de comunicaciones oficiales	Radicar y entregar oportunamente a las dependencias las comunicaciones oficiales. vigilando su vencimiento a las que requieran respuesta.	Eficiencia en la radicación y entrega de las comunicaciones	A= Total de comunicaciones oportunamente entregadas. B= Total de comunicaciones recibidas y radicadas	95.00%	100%	Tec. Atvo y Aux. Adrtrativo. unidad correspondencia	Evidenciado mediante formato reglamentario 1.- formato F24. Seguimiento y control de comunicaciones remitidas a la unidad de correspondencia. 2.- Indicador: Eficiencia en la radicación y entrega oportuna de las comunicaciones(Mensual) .	100%
SUBPROGRAMA:															
PROCESO GESTION DOCUMENTAL	GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJO PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	Convocar al Comité de Archivo	Efectividad en el reporte de actividades archivísticas bajo Actas de reuniones	Total actividades ejecutadas / Actividades programadas	100%	100%	Realización de reuniones Trimestrales (comité de archivo)	Convocar al Comité de Archivo Institucional	Efectividad en el reporte de actividades archivísticas bajo Actas de reuniones	A=Nro. De convocatorias realizadas B= Nro. De Reuniones programadas durante el periodo	100%	100%	Técnico Administrativo	Evidenciado formato de actas. 1.- Formato F15, Actas de Reunión. 2.- Indicador: Efectividad en el reporte de actividades archivísticas bajo actas de reuniones(trimestrales)	100%
SUBPROGRAMA:															

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO		LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)	ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACION	EJECUCION
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR					NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
PROCESO GESTION DOCUMENTAL	GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJO PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	Gestionar oportunamente ante los responsables de archivos de gestión la ejecución del cronograma de Transferencias .	Presentar Cronograma de transferencias primarias. implementando la aplicación de Tablas de Retención Documental (TRD)	Total actividades ejecutadas / Actividades programadas	50%	100%	Gestionar el cumplimiento del respectivo cronograma de transferencias, acorde con los requerimientos de las TRD aprobadas.	Capacitar permanentemente a los responsables de archivo de gestion en cumplimiento en TRD	Porcentaje de cumplimiento	Colaboradores con TRD implementado/ Personal Capacitado	100%	100%	Técnico Administrativo	Capacitación Según cronograma y eventos de ingreso	100%
								Organización de transferencias primarias vigentes mediante el formato FUID. Y bajo los parametros de las TRD. Aprobadas.	Efectividad en la aplicación de las tablas de retención documental(TRD).	A= Nro. De Carpetas del archivo de gestión remitidas, acordes con las TRD x 100/ B= Nro. Carpetas de archivo de gestión que fueron recibidas durante el Trimestre	50%	100%	Técnico Administrativo	1.- Evidenciado mediante formato FUID. (sis-03-F20). Transferencias primarias. 2.- Indicador: Efectividad en la aplicación de TRD. (Semestralmente).	20%
SUBPROGRAMA:															
PROCESO GESTION DOCUMENTAL	GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJO PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	Gestionar Elaboracion de tablas de valoracion documental(TVD). Ante el Comité de archivo institucional.	Levantamiento de diagnostico documental de TVD, (encuesta, cuadro de clasificación y listado de series) bajo los lineamientos de normatividad vigente.	Total actividades ejecutadas / Actividades programadas	0%	100%	Elaboración de TVD, según descripción de inventario documental por dependencias (Herramienta fundamental para levantamiento de TVD.años 97-2005).	Organización de fondos semiactivos y fijación de tiempos de retención en el archivo central	Eficiencia y agilidad en la elaboración de tablas de valoración documental.	Total actividades ejecutadas / Actividades programadas	0%	60%	Técnico Administrativo	Evidenciado mediante 1.- Inventario Documental- 97-2005 2.- Cuadro Clas.97-2000. 3.- Cuadro Clas.2001-2005 4.- Listado series y subseries 5.- Encuesta Documental- formato F15. 6.- Diagnostico Documental. 7.- Recopilación de la Memoria Institucional; Manual de funciones, Manual de procesos y procedimientos, estructura organica y actos administrativos. 9.- Informe de Sustentación-concepto documentos fondos acumulados(97-2005). 10.- NOTA: ESTA EN PROCESO DE ELABORACION, POR LO TANTO, NO SE LLEVA INDICADOR.	60%
SUBPROGRAMA:															

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO		LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)	ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACION	EJECUCION
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR					NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
PROCESO GESTION DOCUMENTAL	ITEMS ANEXOS	Documentar y actualizar la planificación de la gestión de la información en un Plan Gerencial					Plan información en un Plan Gerencial 2. Identificar las necesidades de la información y los clientes. 2.1. Realizar Diagnostico de necesidades de la Información 3. Identificar necesidades de Almacenamiento, conservación y depuración de la información. 4. Identificar mecanismos de Seguridad y confidencialidad de la información. 5. Definir el Uso de las tecnologías adquiridas acordes a las necesidades de la información 6. Definir indicadores incluyan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. 7. Priorizar Necesidades de la Información en la Institución 8. Establecer los Responsables del Plan y los Roles 9. Identificar espacios gerenciales y técnicos para el análisis de la información. 10. Establecer el propósito de referenciación Comparativa 11. Definir respuestas a las necesidades de la información 12. Evaluar efectividad de respuestas a las necesidades de la Información 13. Implementar acciones de mejora y ajustes al Plan Gerencial.			0%	50%	Ing. Yanet Moreno. Lider gestión de la información. Apoyo (Técnico Administrativo-subproceso gestión documental)	INICIO DE APOYO -14 DE MARZO DE 2014 FINALIZAR -31 DIC./2015	0%	
	ITEMS ANEXOS	Unificar y completar los mecanismo de seguridad y confidencialidad de la información en la institución					1. Identificar Mecanismos de seguridad y confidencialidad de la información en la Institución 2. Realizar Diagnostico de los mecanismos 3. Clasificar los mecanismos de seguridad y confidencialidad de la Información 4. Definir la Administración de estos mecanismos. 4.1 Consolidar Documento de seguridad y confidencialidad de la Información 5. Divulgar Mecanismos entre los procesos responsables. 6. Evaluar la Efectividad en la institución en cuanto a seguridad y confidencialidad			0%	50%	Ing. Yanet Moreno. Lider gestión de la información. Apoyo (Técnico Administrativo-subproceso gestión documental)	INICIO DE APOYO - MES DE MAYO HASTA DIC./2015	0%	
							4. Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	evaluar y actualizar los documentos- (guias, manuales; procedimientos donde se ejercen las diferentes actividades incluidas en el proceso.			0%	100%	Ing. Yanet Moreno. Lider gestión de la información.; calidad, MECI Apoyo (Técnico Administrativo-subproceso gestión documental)	EVIDENCIADO MEDIANTE LA CARPETA DE GESTION DOCUMENTAL(PROCESOS ARCHIVISTICOS) - Actualizado.	90%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACION	EJECUCION
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
		Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica					5. Mantener actualizados los sistemas de información.			100%	100%	Técnico Administrativo-subproceso gestión documental.	CARACTERIZACION DEL SUBPROCESO GESTION DOCUMENTAL (Actualizado)	100%	
							6. Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Asistir a capacitaciones que convoca la entidad, incentivar a los integrantes del proceso buscar mecanismos de capacitación virtual .			100%	100%	Técnico Administrativo y Auxiliares administrativos- - subproceso gestión documental.	SE EVIDENCIA SEGÚN EL CERTIFICADO DE ASISTENCIA A CAPACITACIÓN - PRESENCIAL Y VIRTUAL ANTE EL SENA. POR LOS INTEGRANTES DEL SUBPROCESO DE GESTION DOCUMENTAL.	90%

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA/															
DEPARTAMENTO:		ARAUCA													
CÓDIGO DANE:		81													
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL				PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015									
SECTOR DEL PDD:		SALUD				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:									
PROGRAMA DEL PDD:		IAAS													
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA:															
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.													
	Implementar y cumplir los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Porcentaje de cumplimiento	Total de procesos desarrollados/Tot al de procesos planteados	no se conoce	90%	Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar y socializar los documentos del procesod e partos	Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de acciones ejecutadas/acciones programadas	no se conoce	100%	Profesional en Mercadeo y Calidad		
		Mantener actualizados los sistemas de información.	Porcentaje de cumplimiento	Sistemas de información actualizados/Total de sistemas de información	no se conoce	90%	Llevar estadísticas al día		Porcentaje de actualizaciones	Número de actualizaciones a cada sistema de información/Tiempo	no se conoce	100%	Profesional en mercadeo y Sistemas		
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Porcentaje de cumplimiento	Personal capacitado/Total de personal	no se conoce	90%	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con las actividades que desempeña	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución en aspectos relacionados con las actividades que desempeña Realizar por lo menos una capacitación mediante plataforma virtual sobre temas relacionados	Porcentaje de capacitados	Número de asistentes a capacitaciones/ Total del personal		90%	Talento humano, líderes de proceso, profesional en mercadeo, calidad, control interno		
	<p>Estándar 39. Código: (AsPL18)</p> <p>La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Admisión y transporte intra e interinstitucional de los pacientes con infección. Estandarización, implementación y seguimiento a la adherencia de técnicas de aislamiento. Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, quimioterapia o nutrición parenteral. Profilaxis antibiótica. Uso racional de antibióticos. Uso de perfil de resistencia antibacteriana. Protocolos de desinfección. Reportes de cultivos de superficie. <p>Acciones del comité de vigilancia epidemiológica.</p> <p>Acciones en el caso de brotes infecciosos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajuste de guías de práctica clínica con base en perfil de resistencia bacteriana. Proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas: <p>1 Definición de infecciones asociadas a la atención en salud.</p> <p>2 Definición de mecanismos de reporte y protocolos de bacteriana y definir líneas de</p>	Porcentaje de cumplimiento	Total de procesos(reunion es mensuales) desarrollados/Tot al de procesos(reunion es mensuales) planteados	90%	90%	Revisar y ajustar la conformacion del comité de infecciones, periodicidad de reuniones,responsabilidades y funciones.	Actualizar y socializar los documentos del proceso de pervencion y control de IAAS.	Porcentaje de cumplimiento	Total de procesos(reunion es mensuales) desarrollados/Tot al de procesos(reunion es mensuales) planteados	90%	90%	Coordinadora Infecciones asociadas a la atención en salud.	se cruzaron las reuniones de los miembros con otras reuniones institucionales. no se cumple en 5%.	85.00%	
		Porcentaje de cumplimiento	Total de procesos(docu mentos protocolos, procesos, guías, etc) desarrollados/Tot al de	90%	100%	Elaboración y revisión de los documentos ya sean protocolos o procedimientos solicitados en el estandar, en especial manual de bioseguridad ,protocolo de limpieza y desinfeccion,manejo de residuos peligrosos etc.	Actualizar y socializar los documentos del proceso de pervencion y control de IAAS.	Porcentaje de cumplimiento	Total de procesos(docu mentos protocolos, procesos, guías, etc) desarrollados/Tot al de	90%	100%	Coordinadora Infecciones asociadas a la atención en salud Coordinadora Comité de IAAS y Coordinador salud ocupacional.		100.00%	
		Porcentaje de cumplimiento	Total de procesos(reunion es mensuales) desarrollados/Tot al de procesos(reunion es mensuales) planteados	90%	90%	Socailizar nuevas directrices del comité de infecciones	Actualizar y socializar los documentos del proceso de pervencion y control de IAAS.	Porcentaje de cumplimiento	Total de procesos(reunion es mensuales) desarrollados/Tot al de procesos(reunion es mensuales) planteados	90%	90%	Coordinadora Infecciones asociadas al cuidado de la salud Coordinador salud ocupacional.		90%	
		Porcentaje de cumplimiento	Total de procesos(docu mentos protocolos, procesos, guías, etc) socializados desarrollados/Tot al de procesos(docu mentos protocolos, procesos, guías, etc) planteados	90%	90%	Socializar todos los documentos actualizados o elaborados.	Actualizar y capacitar sobre los documentos del proceso de pervencion y control de IAAS.	Porcentaje de cumplimiento	Total de procesos(docu mentos protocolos, procesos, guías, etc) socializados desarrollados/Tot al de procesos(docu mentos protocolos, procesos, guías, etc) planteados	90%	90%	Coordinadora Infecciones asociadas al cuidado de la salud Coordinador salud ocupacional.		90%	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
IAAS	<p>2. Definición de mecanismos de reportes y protocolos de investigación en casos de infección intrahospitalaria.</p> <p>3. Implementación, medición y gestión de indicadores de infección de acuerdo con la complejidad y por servicio. Como mínimo, los indicadores de acreditación de referencia, ejemplo: infección asociada a catéter central, infección de sitio operatorio, endometritis postparto, neumonía asociada a ventilador, infección asociada a sonda vesical.</p> <ul style="list-style-type: none"> Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes de la organización. El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización. El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo. Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones. El personal de la organización recibe inducción, reinducción y 	<p>2. Definición y de los medios de acción.</p>	Porcentaje de cumplimiento	Total de procesos(docu mentos protocolos, procesos, guías, etc) Implementados/Total de procesos(docu mentos protocolos, procesos, guías, etc) planteados	90%	90%	Implementar los lineamientos establecidos en los documentos actualizados o elaborados	Implementar los documentos del proceso de pervención y control de IAAS.	Porcentaje de cumplimiento	Total de procesos(docu mentos protocolos, procesos, guías, etc) Implementados/Total de procesos(docu mentos protocolos, procesos, guías, etc) planteados	90%	90%	Coordinadora Infecciones asociadas al cuidado de la salud Coordinador salud ocupacional,		90%
			Porcentaje de cumplimiento	Total de documentos o herramientas elaboradas /Total de documentos o herramientas planteados.	90%	90%	Elaborar herramienta y metodología para evaluar adherencia a los documentos actualizados	Elaborar herramienta y metodología para evaluar adherencia a los documentos actualizados	Porcentaje de cumplimiento	Total de documentos o herramientas elaboradas /Total de documentos o herramientas planteados.	90%	90%	Coordinadora Infecciones asociadas al cuidado de la salud Coordinador salud ocupacional,		90%
			Porcentaje de cumplimiento	Total de documentos o herramientas evaluados /Total de documentos o herramientas planteados.	90%	90%	Evaluar adherencia a protocolos y procedimientos relacionados con la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.	Evaluar adherencia a protocolos y procedimientos relacionados con la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.	Porcentaje de cumplimiento	Total de documentos o herramientas evaluados /Total de documentos o herramientas planteados.	90%	90%	Coordinadora Infecciones asociadas al cuidado de la salud Coordinador salud ocupacional,		
	<p>Estándar 8. Código: (AsAC1)</p> <p>La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.</p> <p>Desde el acceso, se definen mecanismos de identificación redundante.</p> <ul style="list-style-type: none"> Desde el acceso, se hace identificación de riesgos de la atención de acuerdo con el tipo de usuario. Se hace un análisis de barreras de acceso a la organización (autorizaciones, administrativas, geográficas, entre otras) y también dentro de la organización hacia los diferentes servicios. Se hacen mediciones de demanda insatisfecha y se toman acciones que demuestran su reducción 	<p>Diseñar e implementar los mecanismos para la identificación de riesgos.</p>	Porcentaje de cumplimiento	Total de procesos(reunion es mensuales)/Total de procesos(reunion es mensuales) planteados			Evaluar de acuerdo a la morbilidad ,reporte de evento adverso, reporte de quejas, inspección directa etc., que se deben identificar desde el acceso		Porcentaje de cumplimiento				Líder de seguridad de paciente Coordinador atención al usuario, líder comité IAAS.		
Estándar 21. Código: (AsEV3)	<p>La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología.</p> <ul style="list-style-type: none"> Este aislamiento debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad. La organización, una vez identificada la necesidad del aislamiento, diseña el plan de tratamiento, ejecuta el tratamiento y evalúa su resultado de acuerdo con la decisión adoptada. La organización prevé mecanismos para prevenir riesgos de diseminación de infecciones. La organización realiza monitoreo permanente de la adherencia a las técnicas especiales de aislamiento por parte de los colaboradores, difunde sus resultados y estimula el aislamiento 	<p>Documentar los aislamientos y procedimientos que la institución va a adoptar y definir el código de colores de tal manera que se garantice la confidencialidad del paciente.</p>	Porcentaje de cumplimiento	Total de procesos elaborados/Total de procesos planteados	90%	90%	Elaborar protocolo para aislamiento de pacientes incluyendo la codificación por colores que se va a utilizar	90%	Porcentaje de cumplimiento	Total de procesos elaborados/Total de procesos planteados	90%	90%	Coordinadora IAAS Coordinadores de area		90%
			Porcentaje de cumplimiento	Personal capacitado/Total de personal	90%	90%	Diseñar estrategias para socialización del protocolo y para la identificación de los diferentes tipos de aislamiento	90%	Porcentaje de cumplimiento	Personal capacitado/Total de personal	90%	90%	Coordinadora IAAS Coordinadores de area		90%
			Porcentaje de cumplimiento	Personal capacitado/Total de personal	80%	80%	Socializar el protocolo de aislamiento a todos los colaboradores, usuarios y familia	80%	Porcentaje de cumplimiento	Personal capacitado/Total de personal	80%	80%	Coordinadora IAAS Coordinadores de area		80%
			Porcentaje de cumplimiento	Personal capacitado/Total de personal	80%	80%	Implementar el protocolo de aislamiento en la institución	90%	Porcentaje de cumplimiento	Personal capacitado/Total de personal	80%	80%	Coordinadora IAAS Coordinadores de area	constante rotacion	75%
			Porcentaje de cumplimiento	Total de mecanismos o herramienta diseñados/Total de mecanismos o herramienta planteados	90%	90%	Diseñar mecanismo o herramienta para evaluación de adherencia al protocolo de aislamiento	90%	Porcentaje de cumplimiento	Total de mecanismos o herramienta diseñados/Total de mecanismos o herramienta planteados	90%	90%	Coordinadora IAAS Coordinadores de area		90%
			Porcentaje de cumplimiento	Personal evaluado/Total de colaboradores de la institucion	90%	90%	Evaluar adherencia al protocolo de aislamiento institucional.	90%	Porcentaje de cumplimiento	Personal evaluado/Total de colaboradores de la institucion	90%	90%	Coordinadora IAAS Coordinadores de area	constante rotacion	85%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	<p>continuo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Existen técnicas e instrucciones para que familiares y visitantes cumplan con las técnicas de aislamiento. Todas las personas que tengan contacto directo con pacientes en condiciones de aislamiento deben recibir capacitación y /o entrenamiento para minimizar los riesgos a los usuarios; esto incluye equipo de salud, personal en práctica formativa, docentes e investigadores, entre otros. 	<p>2. Establecer los mecanismos que garanticen los recursos e insumos para el lavado de manos y aislamiento (batas, gorros, mascarilla convencional y de alta eficiencia. Insumos para lavado de manos jabon, toallas de papel).</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>Total de informe de costos de elementos e insumos /Total de procesos planteados</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>Elaborar informe detallado sobre los insumos mensuales necesarios para garantizar control a las infecciones asociadas al cuidado de la salud incluyendo el aislamiento de pacientes</p>	<p>100%</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>Total de informe de costos de elementos e insumos /Total de procesos planteados</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>Coordinadora IAAS Coordinadores de area</p>		<p>100%</p>
			<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>Total de informes desarrollados/Total de procesos planteados</p>	<p>90%</p>	<p>90%</p>	<p>Entregar informe a la subdirección administrativa de manera que se destinen los recursos económicos necesarios para aislamientos en la institución</p>	<p>100%</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>Total de informes desarrollados/Total de procesos planteados</p>	<p>90%</p>	<p>90%</p>	<p>Coordinadora IAAS Coordinadores de area</p>		<p>90%</p>

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA													
DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015											
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:							
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		LABORATORIO CLINICO											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROG													
	Contribuir al Fortalecimiento la red de laboratorios para garantizar el cumplimiento de sus funciones de acuerdo a la normatividad.	Identificar todos los eventos de vigilancia en salud publica que requieran la toma de muestras.	Porcentaje de eventos notificados a la red de laboratorios	100%	100%	Envio de muestras de eventos de interes en salud publica.	Verificar en conjunto con vigilancia epidemiologica institucional los casos sospechosos y hacer envio de muestras al Laboratorio de Salud Publica	Porcentaje de cumplimiento de envio de muestras	100%	100%	Coordinacion de Laboratorio Clinico y vigilancia epidemiologica institucional		
		Mantener actualizado el sistema de informacion de referencia y contrareferencia de datos a la red de laboratorios	Porcentaje de envio de reportes oportunos	100%	100%	Envio de informes oportunos a la red de laboratorios	Enviar oportunamente los informes solicitados por el Laboratorio de Salud Publica	Porcentaje de cumplimiento de informes enviados oportunamente	100%	100%	Coordinacion de Laboratorio Clinico		
	Identificar e informar oportunamente los casos de serologias reactivas de los casos de sífilis congénita	Contribuir a Reducir en un 5% los casos de sífilis gongenita por año	Tasa de sífilis congénita	70%	85%	Subcontratacion de examen confirmatorio para sífilis	Contratacion de FTA-ABS con laboratorios externos	Contratacion efectiva	70%	Contrato legalizado vigente	Subgerencia cientifica, Gerencia, Coordinacion de Laboratorio Clinico		
	Incrementar los ingresos por venta de servicios de salud	Ampliar el portafolio de servicios del Laboratorio Clinico	Demanda satisfecha de exámenes especializados	40%	80%	Subcontratacion de exámenes especializados	Contratacion de exámenes especializados con Laboratorios externos	Contratacion efectiva	40%	Contrato legalizado	Subgerencia cientifica, Gerencia, Coordinacion de Laboratorio Clinico		

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	Confiabilidad del resultado del Laboratorio para la seguridad del paciente	Implementar un sistema de control de calidad interno	Sistema de calidad implementado para el Laboratorio Clínico	80%	90%	Implementación de insumos que garanticen la calidad en las corridas analíticas	Implementación de los procesos de calidad	Numero de procesos de calidad instalados	80%	90%	Coordinación de Laboratorio Clínico y Bacteriologos		
Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Aumentar la satisfacción del usuario.	Usuarios satisfechos en el servicio de Laboratorio Clínico	15 días hábiles	10 días hábiles	Dar cumplimiento y hacer seguimiento a la respuesta de quejas y sugerencias de los usuarios en los plazos establecidos	Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios	Sumatoria días en que se respondía la queja/total de quejas de laboratorio	15 días hábiles	10 días hábiles	Lider de Proceso			
	Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	Mejora en la oportunidad en los resultados de los exámenes del servicio del Laboratorio Clínico	30%	50%	Medir la oportunidad en la entrega de resultados del Laboratorio Clínico.	Dismunuir los tiempos de espera de resultados en los resultados de los exámenes.	Promedio de tiempos/total examenes	30%	50%	Talento humano de Laboratorio Clínico y Lider de Proceso			
		Manuales y protocolos actualizados y socializados.	0%	40%	Actualizar, socializar y medir adherencia a manuales y protocolos.	Medir adherencia a manuales y protocolos actualizados.	Manuales y Protocolos Actualizados y Socializados.	0%	40%	Lider de Proceso			
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Manuales y protocolos actualizados y socializados.	40%	70%	Actualizar y socializar a manuales y protocolos.	Evidenciar manuales y protocolos actualizados con su respectiva socialización	Documentos actualizados/total documentos	40%	70%	Talento humano de Laboratorio Clínico y Lider de Proceso			
		Adherencia a manuales y protocolos del Laboratorio Clínico	0%	40%	Realizar guías de verificación para medir adherencia.	Medir adherencia a manuales y protocolos actualizados.	Personal con adherencia/total personal de laboratorio	0%	40%	Lider de Proceso			
	Mantener actualizados los sistemas de información.	Resultado de exámenes de laboratorio en el sistema de información DINAMICA.	60%	90%	Realizar verificaciones de los resultados de laboratorio en DINAMICA y las glosas presentadas.	Revisar glosas del Laboratorio Clínico.	Porcentaje de glosa	60%	90%	Talento humano de Laboratorio Clínico y Lider de Proceso			

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
LABORATORIO CLINICO		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Talento humano del laboratorio Clínico capacitado	40%	60%	Realizar capacitaciones continuas en temas de calidad en el Laboratorio Clínico y acreditación institucional.	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con Calidad analítica en el Laboratorio Clínico Asistir a las capacitaciones institucionales	Reuniones Grupales enfocadas en temas de calidad analítica. Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución	40%	60%	Talento humano de Laboratorio Clínico, Líder de Proceso y Gerencia.		
	Estándar 34. Código: (ASPLT3) La organización tiene definida una metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento; lo anterior se acompaña de análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan. • La información de la planeación y la investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo de salud y se comunica oportunamente al usuario y su familia. La constancia de la información brindada debe quedar escrita en la historia clínica. • Hay un proceso definido para referencia de las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la organización u otra diferente, e incluye: • Una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo	1.Documentar el mecanismo de educación al paciente, al igual que el procedimiento de preparación del paciente para la toma de muestra de laboratorios y de toma de ayudas diagnóstica, se debe actualizar de acuerdo a los ajustes.	Manual de preparación del paciente para la toma de muestras.	80%	100%	Actualizar y socializar manual de preparación del paciente para la toma de muestras de Laboratorio Clínico	Actualizar y socializar manual de procedimiento del paciente para la toma de muestras de Laboratorio Clínico	Manual actualizados/total documentos	80%	100%	Lider del proceso de Laboratorio		
			Instructivo con las instrucciones para la preparación de los pacientes para la toma de muestras.	50%	90%	Actualizar un instructivo didáctico con las instrucciones de preparación para la toma de muestras de los usuarios.	Actualizar procedimiento de preparación del paciente de toma de muestras de Laboratorio Clínico	Documentos realizados/total documentos	50%	90%	Lider del proceso de Laboratorio		
			Lista de verificación aplicada al manual de preparación del paciente para la toma de muestras	0%	40%	Realizar lista de verificación para medir adherencia al proceso	Evaluar adherencia al procedimiento a través de la medición de pacientes devueltos por mala preparación	Lista de verificación realizadas/total de listas de verificación	0%	40%	Lider del proceso de Laboratorio		
	Estándar 53. Código: (AsREF2) Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales: REMISIÓN AL LABORATORIO O IMÁGENES DIAGNÓSTICAS • Se cuenta con una serie de reglas que condicionan cómo y qué información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. • Se instruye, si la condición lo amerita, al paciente sobre la preparación para la toma de	1. Actualizar la información referente a sitios y horarios para la entrega de resultados	Información al paciente en horarios de atención, sitios de atención para toma y entrega de resultados del Laboratorio Clínico.	10%	50%	Realizar instructivo de información al usuario del Laboratorio Clínico, ubicación de cartelera y instructivo informativos en las diferentes secciones del Hospital.	Implementar instructivo informativo en el cubículo de atención al usuario, consulta externa y urgencias. Realizar cartelera informativa a los usuarios en la sede del laboratorio Clínico.	Actividades realizadas/total de actividades	10%	50%	Lider del proceso de Laboratorio		
		2. Diseñar proceso encargado de la solicitud de información de los pacientes referidos así como de los pacientes recibidos provenientes de otras instituciones.	Procedimiento de información para pacientes remitidos de otras instituciones y referidos.	30%	50%	Realizar procedimiento de información para pacientes remitidos y referidos de otras instituciones.	Implementación de procedimiento para información de pacientes referidos y remitidos.	Actividades realizadas/total de actividades	30%	50%	Lider del proceso de Laboratorio		

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	Estándar 54. Código: (AsREF3) En caso que el profesional del laboratorio o sus directivas necesiten referir una muestra de un usuario entre la red a un laboratorio de diferente complejidad, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, se deberán garantizar los siguientes procesos:	1. Documentar el proceso de remision de muestras de laboratorio teniendo en cuenta lo solicitado en el estandar,	Manual de remision de muestras	40%	80%	Socializar manual de remision de muestras.	Socializar manual de remision de muestras.	Manuales socializados/total de manuales	40%	80%	Lider del proceso de Laboratorio		
	Estándar 23. Código: (ASPL2) Existe un proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluye implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta. En cualquier tipo de organización, esta planeación incluye: <ul style="list-style-type: none">Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia.	4. Documentar el procedimiento de reacción inmediata de los eventos adversos, socializar, evaluar, y realizar seguimiento a su cumplimiento a través de la metodología de análisis de los eventos adversos y la implementación de las rondas con el enfermero.	Notificación de eventos adversos	40%	80%	Realizar la Notificación y el seguimiento de los eventos adversos	Reportar los eventos adversos presentados en los procesos y procedimientos del Laboratorio Clínico	Eventos adversos notificados/total de eventos adversos presentados.	40%	80%	Lider del proceso de Laboratorio		
	Estándar 27. Código: (ASPL0) El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en laboratorio clínico incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.	2. Evaluar adherencia al manual de toma de muestras en todos los puntos.	Adherencia al manual de toma de muestras	0%	20%	Realizar lista de verificación de adherencia al manual de toma de muestras	Evaluar adherencia a manual de toma de muestras	Personal adherido/total de personal	0%	20%	Lider del proceso de Laboratorio		
	Estándar 35. Código: (ASPL14) El laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrahospitalario o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del paciente.	2. Elaborar indicador de tiempos de entrega de laboratorios y estandarizarlo.	Tiempo de entrega de muestras en el Laboratorio Clínico	0%	40%	Realizar la medición del tiempo de entrega de muestras tomadas al Laboratorio Clínico	Disminuir el tiempo de entrega de muestras al Laboratorio Clínico	Promedio del tiempo de entrega de toma de muestras/total de muestras tomadas	0%	40%	Lider del proceso de Laboratorio		
	Estándar 36. Código: (ASPL15) La organización garantiza que en el laboratorio clínico, patología e imagenología se asignan y conocen los responsables de los procesos y se cuenta con protocolos que definen criterios explícitos para: <ul style="list-style-type: none">Competencias del personal responsable de la atención y mecanismos para su evaluación.Marcación de elementos.Información clínica mínima que deben contener las solicitudes de exámenes (inclusive aquellos que son de urgencias o se hacen en horario nocturno) y los reportes.Registro de las órdenes que no cumplen con el	2. Revisar la competencias de los auxiliares de laboratorios y las de los auxiliares de enfermería, para el cumplimiento normativo.	Definición de competencias del talento Humano de Laboratorio Clínico.	0%	30%	Realizar la definición de las competencias que requiere el talento humano del Laboratorio para la institución.	Identificar las competencias que debe tener el talento humano de Laboratorio Clínico para desarrollar sus actividades en nuestra institución.	Actividades realizadas/total de actividades	0%	30%	Lider del proceso de Laboratorio		
		7. Establecer el indicador de muestras rechazadas y revisar si el sistema Dinamica permite estas mediciones,	Muestras rechazadas por el Laboratorio Clínico	50%	80%	Revisar las muestras y rechazar aquellas que no cumplan con los requisitos de una adecuada toma de muestras.	Identificar el número de muestras rechazadas por una inadecuada toma de muestras.	Porcentaje de muestras rechazadas por el laboratorio.	50%	80%	Lider del proceso de Laboratorio		

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
<p>registro de las órdenes que no cumplan con el criterio anterior; esta información es compartida y analizada con los profesionales que remiten o solicitan los exámenes, incluye un sistema de asesoría para el correcto diligenciamiento de las órdenes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificación de la identidad del usuario que se coteja frente a la orden médica y a la marcación de los insumos utilizados en los procedimientos. • Control de tiempos de traslado de muestras. Estándar 39. Código: (ASPL17) <p>El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se lleva registro de las acciones de control de calidad y de las acciones correctivas establecidas por la organización, las cuales son conocidas y analizadas. • Se lleva un registro actualizado de las calibraciones que se hacen para cada prueba cuantitativa en el laboratorio, indicando fecha y resultados de los controles obtenidos. • El laboratorio tiene un sistema para comparar los resultados del control de calidad externo de 	<p>8. Revisar desde el comité de historias clínicas el control con relación a las horas reales de solicitud de nuevas órdenes de laboratorio ya que en la actualidad están registrándose en la hora de la primera solicitud.</p>	<p>Oportunidad en los resultados de Laboratorio Clínico desde que el medico envía la orden medica hasta el resultado en el sistema de informacion</p>	0%	30%	<p>Realizar la medicion del tiempo desde que el medico hace la solucitud del examen hasta que los resultados ingresan al sistema de informacion. Laboratorio Clínico</p>	<p>Medir la oportunidad de los pacientes de urgencias a los resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico.</p>	<p>Promedio del tiempo de entrega de resultados/total de exámenes tomados.</p>	0%	30%	Lider del proceso de Laboratorio			
	<p>2. Solicitar adquisicion de los controles de calidad faltantes(inmunologia especial, uroanálisis)</p>	<p>Aquisicion de Controles de calidad inetrno y externo</p>	50%	80%	<p>Realizar contratos de compra de insumos para contrles de calidad.</p>	<p>Mantener un adecuado control de calidad en todas la eras del Laboratorio.</p>	<p>Controles adquiridos/total de contoles.</p>	50%	80%	Lider del proceso de Laboratorio			
	<p>4. Establecer mecanismos para garantizar que el control de calidad que se ejecuta sea de pleno conocimiento de los colaboradores de laboratorio clinico de forma obligatoria, para garantizarlo .de forma continua</p>	<p>Procesamiento de muestras de control de calidad inetrno diario y externo según cronograma de actividades</p>	0%	50%	<p>Procesar control de calidad interno y externo según cronograma de actividades</p>	<p>Datos de Control de calidad inetrno en software de calidad y resultados de Control externo con sus respectivos analisis.</p>	<p>Muestras procesadas/total de muestras</p>	0%	50%	Lider del proceso de Laboratorio y Bacteriologos			

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015											
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		salud oral											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA:													
SALUD ORAL	Diagnosticar y crear política que disminuya la fluorosis en el municipio	Implementar las políticas de salud bucal	Exposicion a Fluor			reportar casos de fluorosis.	80% en el trienio	% de casos reportados			odontologos e higienistas		100.00%
						educar a las gestantes en la importancia de prevenir la Fluorosis	80% de las gestantes que acuden al servicio de salud oral.	% de gestantes educadas en prevencion de fluorosis.	100%	100	odontologos e higienistas		100.00%
	disminuir el indice ce COP en menores de 12 años.	Lograr en el trienio un índice COP (Cariados, obturados y Perdidos) de 2.3 en niños de 12 años	Promedio de Índice COP de consultantes menores de 12 años			reporte las variables para el cálculo del índice de COP.	100% de los consultantes.	% DE REPORTE	100	100	odontologos HIGIENISTAS.		100.00%
						Garantizar el acceso a los servicios de salud oral.	50% de la poblacion menor de 12 años atendida en salud oral (contratada)	% de cumplimiento de poblacion atendida menor de 12 años	50	60	ODONTOLOGOS HIGIENISTAS		
					Promocio de la salud oral a través de programa radial.	12 actividades por año	TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS/TOTAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS		80%	80	odontologos e higienistas		100%
	Estándar 24. Código: (AsPL3) En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se cuenta con mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.	1. Realizar la documentación y el soporte del procedimiento y la generación del indicador o medición que muestre el resultado de estas actividades				Diseño de un documento de cómo ofrecer información oportuna de autocuidado de salud oral. Ofrecer educación en hábitos saludable por parte del odontologo e higienista	Diseño de documento y medición de indicador prueba piloto				odontologos e higienistas		50%
										100			100

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SALUD ORAL	<p>Estándar 25. Código: (AsPL4) En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.</p>	2. Realizar la verificación del cumplimiento del plan de tratamiento seguro, a través de la auditoria de la historia clinica y de verificación en campo	Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.			Realizar auditoria a la historia clinica para verificar la efectividad del tratamiento	Realizar trimestral al 10% de la historias clinicas de usuarios con tratamiento terminado				odontologos higienistas		0%
		3. Establecer un mecanismo para la toma de signos vitales previo a la consulta de Odontología.				Buscar mecanismos para implementar toma de signos Vitales en odontología	Capacitacion a responsables de toma de signos vitales en area de odontología Realizar solicitud de insumos para toma Implementarlo en el area de odontología Incluirlo en la Historia Clinica los signos vitales				odontologos higienistas		50%
		4. Documentar la ronda médica-odontologica como un control efectivo del tratamiento del paciente				Documento, socializar y evaluar la ronda medico-odontologica						odontologos higienistas	
LUD ORAL	Estándar 49. Código: (AsEV4) La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de	1. Realizar analisis de las necesidades y expectativas de los usuarios y de los pagadores y de acuerdo a esto ajustar portafolio de servicios			Diseño y aplicación de encuesta de necesidades de atencion a los usuarios	Realizar estudio de mercado para ver viabilidad de aumento de portafolio de servicios en el area de odontología					odontologos higienistas		100

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SA	atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios: • Portafolio de servicios de la	2.Realizar revision,ajuste y analisis al indicador de oportunidad en la atencion de odontologia				Mantener actualizado indicador oportunidad en la atencion de odontologia e Higiene Oral			75	80	odontologos e higienistas		100%
SALUD ORAL	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Garantizar la rentabilidad financiera de la institución.							85	100	odontologos e higienistas		
		Aumentar la satisfacción del usuario.				Analizar estudios de satisfaccion para conocer las fallas del porque la insatisfaccion	De acuerdo a los resultados generar estrategias para aumento de la satisfaccion que este a nuestro alcance del area de odontologia e Higiene Oral		80	80	odontologos e higienistas		100%
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.				Evaluacion Documentos generados en el SIG, y actualizarlos en el caso de que esten desactualizados	Actualizar y socializar los documentos del SIG		100	100	odontologos e higienistas		100%
		Mantener actualizados los sistemas de información.				Generar Informes estadisticos al día	Velar porque todo las atenciones que se hagan esten registrados en el sistema, verificando la ausencia de ingresos abiertos tanto en odontologos e Higienistas		90	90	odontologos e higienistas		100

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con odontología e Higiene Oral	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución Realizar por lo menos una capacitación mediante plataforma virtual sobre temas relacionados al área				odontólogos e higienistas		
								70		80			100

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEPARTAMENTAL-COMPONENTE DE EFICACIA													
DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES LA HORA DE RESULTADOS 2012-2015											
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD			Cumplir con el Aseguramiento de la Norma técnica de Calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud								
PROGRAMA DEL PDD:		ASEGURAMIENTO											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	Ejecución
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2013)	VALOR ESPERADO (31 dic-2014)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA:													
						promocionar el examen de espirometria por el servicio de terapia respiratoria	100%	exámenes facturados/estudios facturados	100%	100%	terapeuta respiratoria	Se promociono y socializo con el grupo medico la importancia de la remision de examen de espirometria como ayuda diagnostica y abordaje terapeutico de patologias pulmonares, para el año 2014 se facturaron en total 316 exámenes y para el año 2015 se facturo 370 exámenes espirometricos en total, observandose un aumento del 15% con respecto al año anterior.	15%
						hacer mejoras en los servicios de rehabilitacion	Solicitada la alta direccion en mejoras de area de Rehabilitacion.	Servicio mejorado	100%	100%	Líder de proceso	La adminstracion estudia posibilidad de hacer traslado de la sede Unap a un area central con mejor infraestructura para atencion a los usuarios que asisten al servicio de terapia.	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	Ejecución
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2013)	VALOR ESPERADO (31 dic-2014)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION	Brindar servicios a los usuarios de rehabilitacion, con criterios de calidad, eticos, oportunos y seguros para el manejo integral del paciente.	MANTENER EN UN 80% LA SATISFACI3N DEL DEL USUARIO CON LA PRESTACION DEL SERVICIO DE REHABILITACION INTEGRAL	Satisfacci3n del usuario = pacientes encuestados / pacientes satisfechos			brindar asistencia profesional a los programas u/o proyectos direccionados por el hospital.	100%	programas institucionales/ actividades ejecutadas		100%	fisioterapeutas	El servicio de fisioterapia y la Unidad funcional de salud laboral direccionan el programa PILO(Programa integral de lesiones ostemusculares) a grupos de colaboradores de la entidad correspondientes a las areas de administracion y servicios generales, se realizo evaluacion y seguimiento durante 3 meses , donde se realizaron talleres teoricos de educacion postural, manejo de cargas , talleres practicos de actividad fisica dirigida de acuerdo a las condiciones de salud de cada trabajador, se les brindo sesiones de intervencion terapeutica con aplicacion de agentes fisicos, masaje de relajacion y electroterapia. En la celebracion de la semana de la Salud laboral en la E.S.E, del 7 al 11 de septiembre/2015 los servicios de : Terapia fisica en el area de SPA, realiza 292 sesiones de relajacion a funcionarios, y Audiologia realiza 208 exámenes de audiometria a funcionarios.	100%
						seguimiento de propuesta del programa de rehabilitacion cardiovascular que ya fue documentado a la administracion.	10%			10%	100%	lider de proceso	La administracion sigue fortaleciendo la especialidad de cardiologia, lo que proyecta a futuro colocar en marcha programa de rehabilitacion cardiovascular.

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	Ejecución		
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2013)	VALOR ESPERADO (31 dic-2014)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)					
						Aumentar la cobertura en atención en los servicios de rehabilitación.		total sesiones realizadas.			80%	80%	lider de proceso	2014 : 3.172 sesiones, 2015: 3009, Terapia fisica 2014: 11319 total sesiones, 2015: 10.996 total sesiones , Terapia respiratoria e higiene bronquial 2014 : 7.274 total sesiones, 2015: 6.632 total sesiones, Examen de Espirometria 2014: 316 estudios realizados y facturados 2015: 370 estudios realizados y facturados. Terapia de Lenguaje 2014: 2.676 total sesiones 2015: 3911 total sesiones. Audiología 2014: Audiometria tonal: 664 estudios realizados y facturados, Impedanciometria: 474 estudios realizados y facturados, Logoaudiometria: 349, Potenciales Evocados: 37 estudios realizados y facturados, Audiología 2015 : Audiometria tonal : 466 estudios realizados y facturados, Impedanciometria: 188 estudios realizados y facturados, Logoaudiometria: 318 estudios realizados y facturados, Potenciales Evocados: 43 estudios realizados y facturados. Servicio de Psicología 2015: total consultas intrahospitalarias: 599, valoraciones area consulta externa: 286, Pretest VIH : 794, Total actividades: 1679 consultas. Servicio de Optometria 2014: Examen Optometrico: 130 en total, Agudeza visual: 299 en total, 2015: Examen Optometrico: 160, Agudeza Visual: 1119 exámenes realizados y facturados en total.	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	Ejecución
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2013)	VALOR ESPERADO (31 dic-2014)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
		Aumentar la satisfacción del usuario.				Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios	Dar cumplimiento a la respuesta de quejas en los plazos establecidos Realización de reuniones primarias para socialización de quejas y satisfacción del usuario					<p>cada semestre con el grupo de coordinadores y líderes, el informe de satisfacción del usuario, los hallazgos encontrados y comentarios respectivos por los usuarios en cada servicio, el principal tema es la inconformidad con las instalaciones físicas como salas de espera, baños, señalización y ubicación retirada y la segunda inconformidad corresponde a la dificultad para obtener una cita oportuna de terapia de lenguaje. El tema de las regulares condiciones de infraestructura de la sede unap, la administración estudia posibilidad de trasladar la sede a una nueva área y con ubicación más central; y para el tema oportunidad en la cita primera vez en terapia de lenguaje, se logra que la administración autorice el otro medio tiempo para una fonoaudióloga, a partir de febrero /2015, quedando así 2 fonoaudiólogas en el área</p>	
									80	80			

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	Ejecución
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2013)	VALOR ESPERADO (31 dic-2014)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.				Oportunidad en terapia de lenguaje Gestión de Mejoramiento de los servicios de rehabilitación			0%	50		Los servicios de terapia física y terapia ocupacional logran mantener la oportunidad en la atención en el rango de 2-3 días de espera para la atención primera vez, en el área de Terapia de lenguaje se logra que la oportunidad este de 3 a 5 días de espera ,anteriormente superaba los 8 días para esperar la cita y ser atendido. en el área de Terapia respiratoria la atención es inmediata. en cuanto al tema de seguridad del paciente , se hizo seguimiento a eventos adversos durante cada trimestre , no se presentaron por tal motivo no hubo reportes.	
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.				Realizar evaluación de guías, manuales y protocolos, y actualizar socializar e implementar las que estén desactualizadas			90%	70%	Grupo de Rehabilitación	el grupo de Rehabilitación hace revisión de documentación por subprocesos , se actualizan y se documentan guías y protocolos que faltaban, también se toman sugerencias y recomendaciones del grupo de auditoría en habilitación.	80%
		Mantener actualizados los sistemas de información.				Seguimientos a informes estadísticos, Evolucionar y escribir en la historia clínica todo lo que se hace en el día a día	Mantener actualizado la información estadística y el software Dynamica			100%	100%	Grupo de Rehabilitación	mensualmente se realiza reporte estadístico de las actividades de rehabilitación por cada servicio y se lleva el comparativo con la oficina de estadística y costos cada trimestre.

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	Ejecución
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2013)	VALOR ESPERADO (31 dic-2014)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con atención al usuario	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución en aspectos relacionados con atención al usuario Realizar por lo menos una capacitación sobre temas relacionados con rehabilitación			80%	Grupo de Rehabilitación	Los profesionales del area de rehabilitacion durante el año fueron realizando cursos de actualizacion en los temas relacionados con: atencion Humanizada y servicio de atencion al cliente en los servicios de salud y seguridad del paciente. Tambien se participo en el primer encuentro de fisioterapeutas, lideres y coordinadores de servicios de rehabilitacion, organizado por la Asociacion Colombiana de Fisioterapia(ASCOFI) en la ciudad de Bogota.	80%
	Estándar 56. Código: (AsREF5) En los servicios de habilitación y rehabilitación se cuenta con un mecanismo al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.	1. Incluir en la actualizacion del procedimiento de referencia y contrareferencia la remision de pacientes de rehabilitacion..							0	30	Grupo de Rehabilitación		
		Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Porcentaje de cumplimiento	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso					0	50	coordinación	Se realizo revision de docume	50%
						socializar manejo program terapeutico para pacientes post-chikkunguña			0	15	rehabilitacion	Se logro socializar con el coor	15%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	Ejecución
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2013)	VALOR ESPERADO (31 dic-2014)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
						documentar programa de escuela de espalda sana			0	15	rehabilitacion	Falta documentar programa.	