

**SISTEMA DE EVALUACION DE LA GESTION DEPARTAMENTAL-COMPONENTE DE EFICACIA**

DEPARTAMENTO:		ÁRAUCA											
CÓDIGO DANE:		81											
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo											
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL											
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017											
		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019											
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>													
SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	Gestión de la oficina de control interno en cumplimiento de la Ley 87 de 1993	<b>ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</b> Fortalecer el desarrollo de la política de administración de riesgos a través del adecuado manejo de los mismos, para garantizar el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.				*Realizar seguimiento a los mapas de riesgos a todos los procesos del Hospital a los cuales se les haya realizado mapa de riesgos 2017	Realizar seguimiento y monitoreo a los mapas de riesgos de los procesos.	No de mapas de riesgos de proceso construidos /Número de seguimientos realizados	0	90%	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.		
					*Realizar la evaluación y seguimiento a los mapas de corrupción del Hospital	Cumplir con lo establecido en la Ley 1474 de 2011	seguimiento a riesgos cada 4 meses	2 seguimientos	3 seguimientos	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.			
			Seguimiento a los Planes de Mejoramiento Institucionales.			*Consolidación la matriz de los planes de mejoramiento producto de las Auditorías Internas, Especiales y Externas de cada vigencia. *Seguimiento Trimestral al cumplimiento			0		Ing. Cheila A. Alvarado Rojas. Dr. Vladimir duran		
		<b>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b> Desarrollar el componente "Evaluación Independiente" del subsistemas de "Control de Evaluación" del Sistema de Control Interno, con el fin de garantizar el examen autónomo y objetivo del Sistema de Control Interno, la gestión y resultados institucionales. Evaluar el sistema de control interno contable de acuerdo con la periodicidad y forma establecidas por la normatividad vigente.	Realizar el 100% de los informes de Ley de seguimientos realizados por la oficina de control interno			1. Elaboración Informe Anual de cumplimiento al MECI 2. Elaboración Informe Control Interno Contable 3. Elaboración Informe a la Contraloría Departamental. 4. Informe de Evaluación por Dependencias. 4. Elaboración de informe cuatrimestral del cumplimiento al MECI 5. Elaboración de Informe semestral de seguimiento a derechos de petición quejas y reclamos 6. Elaboración de informes de derechos de autor 7. Evaluación cuatrimestral Plan Anticorrupción 8. Seguimiento y evaluación al Plan de Mejoramiento suscrito con la súper salud.	Cumplimiento de la presentación del informe En los términos de ley	Informespresentados y publicado	95%	100%	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.		
			Rendir Informe Cuatrimestral del Estado de Control Interno de la Entidad			*Registrar el Informe en Página Web de la Entidad.	Informe socializado y Página Web.	3 informes cuatrimestrales de Estado de Control Interno de la Entidad			Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.		
			Seguimiento a los contratos registrados en la plataforma del SECOP y SIA OBSERVA			Realizar informe de seguimiento a la publicación de los contratos a través de la Plataforma SECOP y SIA OBSERVA	Informes presentados y publicados	Informes de seguimiento mensual			Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.		
		<b>FOMENTO A LA CULTURA DEL CONTROL</b> Fortalecer en los funcionarios del Hospital la conciencia para el ejercicio del autocontrol, autorregulación y autogestión.	Realizar actividades tendientes al fortalecimiento de la cultura de autocontrol en los servidores públicos	4 boletines al año		*Programar y desarrollar 2 actividades de fomento de la cultura de autocontrol. *Elaboración y Socialización trimestral del Boletín Interno de fomento a la cultura del autocontrol. *Realizar capacitaciones a Supervisores de contrato y responsables de estudios de conveniencia y oportunidad	Actividades realizadas	Actividades realizadas/Actividades programadas			Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.		
		<b>REALCION CON ENTES EXTERNOS</b> Atender todos los requerimientos y presentar informes legales co oportunidad	% cumplimiento cronogramas de informes a entes de control en fechas establecidas			*Realizar matriz de seguimiento a cumplimiento de envió de informes a entes de control. *Genera alertas y/o recordatorios para la rendición de informes oportunos *solicitar evidencias de envió	100% cumplimiento	% cumplimiento envió informes a entes de control con oportunidad	NLB	100%	Todos los procesos		
Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica.	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE	Presentar a la Alta Dirección el Informe de austeridad en el gasto Público			*Solicitar información a las áreas involucradas. *Realizar el informe de Austeridad en el gasto. * Hacer seguimiento a las recomendaciones.	Informes de Austeridad en el Gasto Público realizados	4 informes de autoridad del gasto en el año 30 abril, 30 julio, 30 octubre y 30 enero	0	3	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.			
	Aumentar la satisfacción del usuario.	% satisfacción de los usuarios			*Realizar seguimiento a contestación de quejas directas, PQRS, y derechos de petición *Realización seguimiento oportunidades de mejora identificadas en el informe de satisfacción de los usuarios. *Realizar seguimiento de la planeación, ejecución y evaluación de la audiencia pública de rendición de cuentas.	Informes de semestrales de PQRS	2 informes semestrales de seguimiento a PQRS	2	2	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.			
	Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	% Cumplimiento			*Realizar seguimiento a la implementación del programa de seguridad del Pte. Verificar el cumplimiento en acciones propuestas		Informes de seguimiento	1	1	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas. Vladimir Duran			

DEPARTAMENTO:		ARAUCA													
CODIGO DANE:		81													
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo			PLAN DE ACCION AÑO 2017										
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019										
SECTOR DEL PDD:		SALUD													
PROGRAMA DEL PDD:															
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)					
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>															
SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Documentos actualizados/total documentos definidos en el proceso.			*Actualizar los documento del sistema integrado de gestión de la calidad del proceso	Actualizar en un 90% los procesos y procedimientos del área	10%	90%	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.					
		Mantener actualizados los sistemas de información.	Actividades ejecutadas/Actividades planeadas			*Realizar seguimiento al cumplimiento de la estrategias de comunicación Ley de transparencia y acceso a la información publica *Realizar inventarios (participación en realización de inventarios)	Realizar 3 seguimientos al año	Informes de seguimiento	3	3	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.				
		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			1. Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución. 2. Realizar mínimo dos capacitaciones mediante plataforma virtual u otros mecanismos, relacionadas con las funciones del proceso	Porcentaje de asistencia	Actividades programadas/ Actividades ejecutadas	100%	100%	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.				
		Identificar los principales problemas de calidad (procesos prioritarios), y conocer cuál es la situación actual de las Organizaciones al respecto (calidad observada)	Mejorar la Eficacia y Eficiencia de la atención	Seguimiento a eventos adversos trazadores y los indicadores de seguimiento a riesgo del sistema unico de habilitación			1. Realizar Seguimiento a Eventos Adversos Trazadores y a los indicadores de Calidad.	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	2	2	Dr. Vladimir Duran Osorio			
		Verificación de Cumplimiento de Requisitos de Habilitación Resolución 2003 de 2014 a Proceso SERVICIOS AMBULATORIOS	Realizar Auditoria al Proceso basados en los 7 estandares de Habilitación			1. Realizar Auditorías Internas al Proceso Verifiando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoria de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervicion y gestion de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Lider de Proceso las actividades necerarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	2	2	Dr. Vladimir Duran Osorio				
		Verificación de Cumplimiento de Requisitos de Habilitación Resolución 2003 de 2014 a Proceso URGENCIAS	Realizar Auditoria al Proceso basados en los 7 estandares de Habilitación			1. Realizar Auditorías Internas al Proceso Verifiando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoria de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervicion y gestion de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Lider de Proceso las actividades necerarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	2	2	Dr. Vladimir Duran Osorio				
		Verificación de Cumplimiento de Requisitos de Habilitación Resolución 2003 de 2014 al Proceso FARMACIA	Realizar Auditoria al Proceso basados en los 7 estandares de Habilitación			1. Realizar Auditorías Internas al Proceso Verifiando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoria de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervicion y gestion de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Lider de Proceso las actividades necerarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	2	2	Dr. Vladimir Duran Osorio				
		Verificación de Cumplimiento de Requisitos de Habilitación Resolución 2003 de 2014 al Proceso APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Realizar Auditoria al Proceso basados en los 7 estandares de Habilitación			1. Realizar Auditorías Internas al Proceso Verifiando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoria de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervicion y gestion de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Lider de Proceso las actividades necerarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	2	2	Dr. Vladimir Duran Osorio				

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CODIGO DANE:		81											
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo											
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL		PLAN DE ACCION AÑO 2017									
SECTOR DEL PDD:		SALUD		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019									
PROGRAMA DEL PDD:													
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>													
SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	Hacer seguimiento a los procesos misionales según los Estándares de Habilitación de acuerdo a la Normatividad vigente (Resolución 2003 de 2014) en el Hospital del Sarare.	Verificación de Cumplimiento de Requisitos de Habilitación Resolución 2003 de 2014 al Proceso CIRUGIA	Realizar Auditoria al Proceso basados en los 7 estándares de Habilitación			1. Realizar Auditorias Internas al Proceso Verificando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoria de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervisión y gestión de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Líder de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	2	2	Dr. Vladimir Duran Osorio		
		Verificación de Cumplimiento de Requisitos de Habilitación Resolución 2003 de 2014 al Proceso REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Realizar Auditoria al Proceso basados en los 7 estándares de Habilitación			1. Realizar Auditorias Internas al Proceso Verificando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoria de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervisión y gestión de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Líder de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	2	2	Dr. Vladimir Duran Osorio		
		Verificación de Cumplimiento de Requisitos de Habilitación Resolución 2003 de 2014 al Proceso INTERNACION	Realizar Auditoria al Proceso basados en los 7 estándares de Habilitación			1. Realizar Auditorias Internas al Proceso Verificando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoria de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervisión y gestión de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Líder de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	2	2	Dr. Vladimir Duran Osorio		
		Verificación de Cumplimiento de Requisitos de Habilitación Resolución 2003 de 2014 al Proceso REHABILITACION	Realizar Auditoria al Proceso basados en los 7 estándares de Habilitación			1. Realizar Auditorias Internas al Proceso Verificando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoria de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervisión y gestión de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Líder de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	2	2	Dr. Vladimir Duran Osorio		
		Verificación de Cumplimiento de Requisitos de Habilitación Resolución 2003 de 2014 al Proceso GINECOSTETRICIA	Realizar Auditoria al Proceso basados en los 7 estándares de Habilitación			1. Realizar Auditorias Internas al Proceso Verificando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoria de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervisión y gestión de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Líder de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	2	2	Dr. Vladimir Duran Osorio		
ETO INSTITUCIONAL	Verificar el cumplimiento de Decreto 1571 de 1993 del Proceso Banco de Sangre y servicio Transfusional	Auditar el proceso de Selección del donante del Banco de Sangre.	Verificar el Cumplimiento de la norma			1. Realizar Auditoria Cuatrimestral al Proceso Selección de donantes del Banco de Sangre. 2. Realizar supervisión y gestión de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 3. Orientar al Líder de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 4. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 3 seguimientos al año	Informes de seguimiento	3	3	Dr. Vladimir Duran Osorio		
		Auditar el servicio Transfusional del Banco de Sangre.	Verificar el Cumplimiento de la norma			1. Realizar Auditoria semestral al Proceso Selección de donantes del Banco de Sangre. 2. Realizar supervisión y gestión de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 3. Orientar al Líder de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 4. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	2	2	Dr. Vladimir Duran Osorio		
	Verificar la operatividad de los comités Interinstitucionales.	Seguimiento a la funcionalidad de los comités institucionales.	Verificar el Cumplimiento de la normas			1. Realizar dos auditorias al año a los diferentes comités institucionales 2. Generar informes de auditoria 3. Hacer seguimiento	Realizar 2 seguimientos al año	Informe de seguimiento	1	2	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas. Vladimir Duran		

<b>DEPARTAMENTO:</b>		ARAUCA												
<b>CODIGO DANE:</b>		81												
<b>PLAN DE DESARROLLO:</b>		Humanizando el Desarrollo												
<b>DIMENSION DEL PDD:</b>		SOCIAL			<b>PLAN DE ACCION AÑO 2017</b>							<b>META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019</b>		
<b>SECTOR DEL PDD:</b>		SALUD												
<b>PROGRAMA DEL PDD:</b>														
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)				
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>														
SEGUIMI	Implementar progresivamente un sistema de información para la calidad, con el diseño de un sistema de indicadores, que permitan realizar acciones de monitoreo, seguimiento, evaluación y control para la toma de decisiones.	Seguimiento y análisis de indicadores de calidad y producción inicialmente	Seguimiento a los indicadores del cuadro de mando			1.-Solicitud de reporte de indicadores inicialmente los de norma 2. Analisis de respórtes 3. Consolidacion cuadro de mando			0			Ing. Cheila A. Alvarado Rojas, Vladimir Duran		
	Gestionar la Autoevaluacion de los estándares de acreditación.		% Cumplimiento			1. Realizar al autoevaluacion ( crear grupos auevalaucdores, priorizar procesos) 2. Generar PAMEC 2017 2. Gestionar las actividades del plan de acción del SIG relacionadas con el subsistema de Gestión de la calidad. 2. Gestionar al 100% las actividades del plan de mejora del proceso de mejoramiento continuo.	Informes PAMEC	Informes de seguimiento	2	2	Dr. Vladimir Duran Osorio			
	Lograr el cumplimiento del plan de auditorías institucionales programado..		% Cumplimiento			1. Definir programa de auditoria. 2.Desarrollar el programa de auditoria. 3. Aprobacion pla anual de auditoria 3. Rjecuion plan anual de auditoria	80% del cumplimiento Plana Anual de Auditoria	Informes de seguimiento	80%	80%	Cheila Alvarado Rojas Dr. Vladimir Duran Osorio			

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CODIGO DANE:		81												
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo												
<b>PLAN DE ACCION AÑO 2017</b>														
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL												
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:														
<b>META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019</b>														
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)				
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>														
FACTURACION	FORTALECIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL PROGRAMA DE FACTURACION	Consolidar las cuentas de los SOAT con los respectivos documentos	cuantificar las cuentas de SOAT y FOSIGA que se envían a las empresas aseguradoras y a triple A	90%	95%	Definir el proceso y documentos requeridos para soportar las cuentas de ERP	95% de facturación completa para cobro de las cuentas de ERP	Total de facturas ingresadas/total de facturas liquidadas	90%	95%	FACTURACION			
		Optimizar la atención del servicio al cliente	Mejorar la imagen corporativa	95%	95%	Identificar factores que inciden en la inadecuada prestación de los servicios, sus consecuencias, y que generan reprocesos.	Disminuir el número de quejas dirigidas hacia el área de facturación	Realización de planes de mejoramiento % quejas área de facturación.	95%	95%	TALENTO HUMANO, SERVICIO AL CLIENTE Y LIDERES DE PROCESO, FACTURACION			
		Facturar correctamente los servicios prestados en la institución	indicador de oportunidad de factura correctamente diligenciada		95%	95%	seguimiento y verificación estadística mensual de facturas anuladas	Minimizar el número de facturar anuladas por concepto error digitalización u otros conceptos	total facturas registradas/total facturas anuladas	95%	95%	COORDINADOR FACTURACION		
		descentralizar la atención del servicio de facturación en hospitalización y admisiones	Establecer puntos de facturación en cada uno de las áreas de hospitalización		90%	95%	redistribución de funciones para mejorar el servicio al ingreso y salida de los usuarios hospitalizados	identificar la empresa responsable de pago de los servicios y generar facturas limpias	% de la efectividad de facturas soportadas completas inmediatamente	90%	95%	COORDINADOR FACTURACION		
		Mantener actualizados los sistemas de información.	Alimentar mensualmente con las bases de datos de las empresas el sistema de información.		60%	80%	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	60%	80%	COORDINADOR FACTURACION		
		Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	realizar una capacitación mensual por parte de talento humano para efectos de maximizar la prestación de los servicios	70%	90%	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con el desarrollo del Área de Cuentas medicas	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución en aspectos relacionados con atención al usuario. Realizar por lo menos una capacitación mediante plataforma virtual sobre temas relacionados el desarrollo del Área de Cuentas medicas	número de capacitaciones planeadas/número de capacitaciones realizadas	70%	90%	TALENTO HUMANO Y COORDINADOR DE FACTURACION		

		(Cuentas Radicadas / Citas Recepcionadas)*100		80%	Contabilización de las Cuentas por Cobrar		(Cuentas Radicadas / Citas Recepcionadas)*100		80%	Líder Cartera		
--	--	---	--	-----	---	--	---	--	-----	---------------	--	--

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CODIGO DANE:		81											
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo			PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017								
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019								
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:													
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL													
Cartera	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Garantizar la rentabilidad financiera de la institución.	Pagos contabilizados/Pagos ingresados en el mes)*100		90%	Contabilización de pagos	Recaudar los servicios ofrecidos y prestados efectivamente.	Pagos contabilizados/Pagos ingresados en el mes)*100		90%	Líder Cartera		
			Empresas confrontadas/Total Empresas*100		90%	Confrontación y Depuración de los estados de cuenta de los clientes con subproceso de Contabilidad		Empresas confrontadas/Total Empresas*100		90%	Líder Cartera		
			Glosas reportadas a Auditoría Médica / Glosas registradas en cartera *100		100%	Registros y Causación de Glosas a diario		Glosas reportadas a Auditoría Médica / Glosas registradas en cartera *100		100%	Líder Cartera		
			Informes elaborados/informes requeridos *100		100%	Elaboración de Informes, internos y externos		Informes elaborados/informes requeridos *100		100%	Líder Cartera		
			Gestión de cobro realizado / No. De pagos obtenidos a empresas que gestionamos * 100		100%	Gestión de Cobro Vía Administrativa		Gestión de cobro realizado / No. De pagos obtenidos a empresas que gestionamos * 100		100%	Líder Cartera		
			Realización de cobro Persuasivo elaborados/ cobros persuasivos requeridos		100%	Realización Cobro Persuasivo		Realización de cobro Persuasivo elaborados/ cobros persuasivos requeridos		100%	Líder Cartera		
			Cobros Jurídicos realizados/Empresas a cobro jurídico *100		100%	Realización Cobros Jurídicos		Cobros Jurídicos realizados/Empresas a cobro jurídico *100		100%	Líder Cartera		
			Actualizar y socializar los documentos del proceso de cartera		100%	Realización del proceso de Circularización de Saldos		Actualizar y socializar los documentos del proceso de cartera		100%	Líder Cartera		
			Velar porque todos los movimientos de cartera estén registrados en el sistema.		90%	Llevar estadísticas al día recaudo por vigencias, glosas, facturación.		Velar porque todos los movimientos de cartera estén registrados en el sistema.		90%	Líder Cartera		
			Optimizar la gestión de los procesos del SGI.		70%	Revisión de la documentación del SGI, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente		Actualizar gestión de los procesos del SGI.		70%	Líder Cartera		
Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE		100%	Capacitaciones realizadas/total capacitaciones Area de	Mejorar el conocimiento del talento humano, frente a temas relacionados con el área		100%	Personal Area de Cartera						

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CODIGO DANE:		81												
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo			PLAN DE ACCION AÑO 2017									
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019									
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:														
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)				
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>														
UNIDAD FUNCIONAL DE SALUD LABORAL HSE	Intervencion en riesgo psicosocial de los Colaboradores ocupacionalmente expuestos	Deteccion y seguimiento a todos los colaboradores del Hospital del sarare en salud mental por medio de la oficina de salud y seguridad laboral y talento Humano	Porcentaje de cumplimiento del Programa de Riesgo Psicosocial.	0	33%	1. Consecucion de un Psicologo organzaconal. 2. Diagnostico de Riesgo psicosocial, Sensibilizacion y entrenamiento de los clientes internos, consultoria individual a los clientes internos, seguimiento a casos detectados en las consultorias.	1. Contratacion de un Psicologo organzaconal. 2. Implementacion y ejecucion del Programa de Riesgo Psicosocial	Mantener la contratacion del profesional (psicologo) por parte de la ARL, como apoyo para el desarrollo del Programa	50%	75%	Salud Ocupacional, y Talento Humano			
								Presentacion del diagnostico, y seguimiento del mismo. (Desarrollo de talleres)	50%	100%				
								Cobertura Sensibilización: No de Clientes internos sensibilizados/No total de clientes internos en la ESE * 100	4%	60%				
								Contratación de un psicologo para la atención y seguimiento de los casos detectados, para consultorias individuales.	0%	100%				
								Cobertura de Seguimiento de poblacion objeto: No de casos detectados y en seguimiento en alteraciones de salud mental en las consultorias/No total de consultorias realizadas *100	15%	33%				
	Mantener y mejorar las buenas condiciones de trabajo y salud laboral de los clientes internos	Prevencion de accidentes y enfermedades laborales, en toda la poblacion laboralmente expuesta.	Porcentaje de cumplimiento de la politica	0	70%	1. Asignacion de rubro presupuestal para el desarrollo de las actividades de Salud Ocupacional. 2. Verificar la afiliacion de toda la pobacion que labora en la institucion a la ARL, incluyendo personal de cooperativas, y ops. 3. Visita a todos los 32 servicios para evaluar los riesgos laborales (Realizacion del dignóstico de condiciones de trabajo(Matriz de peligros). 4. Realizacion del diagnostico de condiciones de Salud laboral.	Asignacion de rubro presupuesta para el desarrollo de las actividades de Salud Ocupacional. -Cumplir con requisito de afiliacion a riesgos profesionales de toda la poblacion laboral de la ESE, incluyendo personal de cooperativas, y ops. -Realizacion del dignóstico de condiciones de trabajo(Matriz de	Cobertura a ARL: No de clientes internos afiliados a ARL/No total de la poblacion laboral en la ESE; incluyendo cooperativas *100	100%	100%	Gerencia y Salud Ocupacional			
								Cobertura de Servicios para diagnóstico de Condiciones de trabajo: No de servicios evaluados/No total de servicios en a ESE	100%	100%				
								Cumplimiento del diagnostico de condiciones de salud	0%	100%				
								Cobertura de socializacion del Plan: No Total de colaboradores socializados/ No Total de colaboradores en el Hospital, in cluyendo cooperativa * 100	13%	70%				
								Consecución Logistica para el Desarrollo del Plan: No de elementos suministrados/ No total d elementos solicitados * 100	0%	70%				
Brindar una capacidad de respuesta adecuada oportuna y eficaz a los evento catastroficos de Emergencias y desastres			60%	90%	-Socializar la actualizacion del Plan de Emergencias Interno y Externo con todos los colaboradores de la ESE. - Consecucion de los elementos para la atención de emergencias y desastres (Logistica).	Socializar la actualizacion del Plan de Emergencias Interno y Externo con todos los colaboradores de la ESE. Consecucion de los elementos para la atención de emergencias y desastres (Logistica).	Desarrollo del simulacro de emergencias	0%	100%	Unidad Funcional de Salud Ocupacion al HSE. Comité de emergencias				
							0%	100%						



DEPARTAMENTO:		ARAUCA																
CÓDIGO DANE:		81																
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo																
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL																
SECTOR DEL PDD:		SALUD																
PROGRAMA DEL PDD:																		
		PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017																
		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019																
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)								
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>																		
UNIDAD FUNCIONAL DE SALUD LABORAL HSE	<p>dirigido a usuarios y colaboradores la socialización de la matriz de Peligros, Evaluación y Valoración de los Riesgos. de Riesgos e intervención de prioritarios</p> <p>Estándar 120. Código: (GAF2) La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico. CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La organización cuenta con una estrategia para promover la cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico.</li> <li>Se cuenta con programas de capacitación y entrenamiento en el manejo del ambiente físico para colaboradores y usuarios.</li> <li>La organización tiene establecido un mecanismo para identificar e investigar los incidentes y accidentes relacionados con el manejo inseguro del ambiente físico. Derivado de lo anterior, se generan estrategias para prevenir su recurrencia.</li> <li>La organización cuenta con protocolos de limpieza y desinfección que son revisados y ajustados periódicamente. Estos protocolos son conocidos por el personal que lo aplica y por todos aquellos que la organización considere pertinente. El entendimiento y la aplicación de estos protocolos son evaluados de manera periódica.</li> <li>Protocolos para casos de reúso.</li> <li>Proceso de esterilización seguro.</li> <li>Directrices para el uso seguro de ropa hospitalaria y evaluación de su cumplimiento.</li> <li>Manejo seguro del servicio de alimentación.</li> <li>Condiciones del espacio físico para aislamiento.</li> <li>El cumplimiento de legislación en materia de seguridad hospitalaria.</li> </ul>	<p>3. Documentar la investigación de Incidentes y Accidentes; socializarla y aplicarlos.</p>	Promedio de calificación de estándar 123 de 2012	100%	100	Socializar la actualización del diagnóstico de Peligros, Evaluación y Valoración de los Riesgos, siguiendo la programación e intervención de Prioritarios	Socializar la actualización del diagnóstico, identificación de Peligros, Evaluación y Valoración de los Riesgos, siguiendo la programación e intervención de Prioritarios	Porcentaje de Cumplimiento de socialización: No de panoramas actualizados/ No de panoramas socializados * 100	100%	100%	Salud Laboral HSE							
				25%	100	Documentar, y actualizar el Protocolo de Reporte de AL, e investigación de Incidentes y Accidentes laborales.	Documentar, y actualizar el Protocolo de Reporte de AL, e investigación de Incidentes y Accidentes laborales.	Cumplimiento al Plan	100%	100%								
				100%	100	Socializar Protocolo de Reporte de Accidente laboral.	Socializar Protocolo de Reporte de Accidente laboral.	Porcentaje de cumplimiento: No de servicios de la ESE/ No de servicios socializado el protocolo * 100	100%	100%								
				38%	80	Realizar Investigación de Incidentes y accidentes	Realizar Investigación de Incidentes y accidentes	Porcentaje de accidentes e incidentes investigados: : No de accidentes investigados/No de accidentes ocurridos en la ESE *100	38%	80%								
				0%	70	Evaluar adherencia a el protocolo de reporte de accidente laboral.	Evaluar adherencia a el protocolo de reporte de accidente laboral.	Porcentaje de cumplimiento: No de servicios de la ESE con socialización de protocolo/ No de servicios evaluados el protocolo * 100	87%	80%								
				87%	100	Actualizar protocolos de limpieza y desinfección	Actualizar protocolos de limpieza y desinfección	Porcentaje de protocolos actualizados : No de protocolos actualizados/No de protocolos existentes en la ESE *100	25%	100%		IAAS y Salud Laboral						
						70%	100	Socializar por áreas protocolos de limpieza y desinfección	Socializar por áreas protocolos de limpieza y desinfección	Porcentaje de protocolos socializados : No de protocolos socializados/No de protocolos actualizados en la ESE *100			100%	100%				
						87%	100%	Evaluar la adherencia de los protocolo de limpieza y desinfección.	Evaluar la adherencia de los protocolo de limpieza y desinfección.	Porcentaje de cumplimiento: No de servicios de la ESE con socialización de protocolo/ No de servicios evaluados el protocolo * 100			100%	100%				
				BORAL HSE	<p>Estándar 122. Código: (GAF4) La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos. Los procesos consideran:</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final.</li> <li>Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación.</li> <li>Impacto ambiental.</li> <li>Elementos de protección para el personal.</li> <li>Reciclaje y comercialización de materiales.</li> <li>El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente.</li> <li>Información y educación a los usuarios y sus familiares sobre el manejo seguro de desechos, según aplique.</li> </ul>	<p>Realizar capacitación, el entrenamiento, la evaluación de conocimiento y el seguimiento a la disposición y segregación de los residuos a todo el personal de la institución.</p>	Promedio de calificación de estándar 123 de 2012	45%	70%	Hacer Plan de Capacitaciones para el Hospital en disposición y segregación de Residuos		Hacer Plan de Capacitaciones para el Hospital en disposición y segregación de Residuos	Cumplimiento del Plan	70%	70%	Servicios básicos y Salud Laboral		
								100%	100%	Entrenar al personal de Servicios Generales disposición y segregación de Residuos		Entrenar al personal de Servicios Generales disposición y segregación de Residuos	porcentaje de cumplimiento en capacitación: No de capacitaciones realizadas/ No de capacitaciones planeadas * 100	100%	100%			
25%	75%	Evaluar al personal del hospital en el manejo de la disposición de los residuos en el Hospital	Evaluar al personal del hospital en el manejo de la disposición de los residuos en el Hospital					Porcentaje de cumplimiento: No de listas de chequeo aplicadas en los servicios/ No de Servicios en la ESE * 100	100%	75%								

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CÓDIGO DANE:		81												
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo												
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			PLAN DE ACCION AÑO 2017									
SECTOR DEL PDD:		SALUD			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019									
PROGRAMA DEL PDD:														
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)				
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>														
UNIDAD FUNCIONAL DE SALUD LA		* La organización debe garantizar que existen procesos para la adecuada disposición de desechos una vez estos abandonan las instalaciones físicas de la misma. Ello incluye la garantía de que estos no suponen un riesgo para ninguna comunidad fuera de la organización. Esta garantía debe ser explícita, aun cuando se tenga contratada una empresa delegada encargada de la disposición de los desechos.		100%	100%	Evaluar al personal de servicios Generales el fortalecimiento de competencias en el manejo y disposición de los residuos del Hospital	Evaluar al personal de servicios Generales el fortalecimiento de competencias en el manejo y disposición de los residuos del Hospital	Porcentaje de cumplimiento: No de personas que superan la prueba evaluada No de personas evaluadas de servicios basicos *100	74%	100%				
	Implementation y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Promedio de calificacion de estandar acreditacion			Revision de la documentacion del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Revision de la documentacion del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Porcentaje de cumplimiento: Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso	40%	70%	Unidad Funcional de Salud Ocupacional, y Lideres de Procesos			
		Mantener actualizados los sistemas de información.		40%	70%		Actualizar continua de los sistemas de información							
	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.		0	70%		Realizar dos capacitaciones al año, por cada funcionario perteneciente al proceso	promedio de asistencia de personal del proceso/total de personal	25%	50%					

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CODIGO DANE:		81											
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo											
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL											
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		PLAN DE ACCION AÑO 2017											
		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019											
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL													
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	94%	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	94%	100%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN			
				95%		REALIZAR TRIMESTRALMENTE INVENTARIOS DE LOS ELEMENTOS DE CONSUMO Y MEDICAMENTOS.	INVENTARIO REALIZADO/INVENTARIOS PROGRAMADOS	95%	100%				
				100%		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%		
				NLB		REALIZAR RECEPCION DE INSUMOS CONFORME A LOS REQUERIMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL INVIMA	DILIGENCIAR FORMATO DE RECEPCION DE INSUMOS	PORCENTAJE DE FORMATOS REALIZADOS	NLB		95%		
	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	4. Optimizar la gestión de los procesos del Sgi.	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso	60%	Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente. (ACTUALIZAR CARACTERIZACION DEL PROCESO)	EVALUAR LAS GUIAS MANUALES Y FORMATOS DEL PROCESO Y AJUSTARLOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE	DOCUMENTOS ACTUALIZADOS/TOTAL DOCUMENTOS REQUERIDOS DEL PROCESO	60%	70%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS			
				95%		Llevar el sistema actualizado	REALIZAR LAS ORDENES DE DESPACHO E INGRESOS PERIODICAMENTE SEGUN LA NECESIDAD DE LOS SERVICIOS Y/O DEPENDENCIAS.		95%		100%		
			5. Mantener actualizados los sistemas de información.		90%	Realizar depuración del Sistema	-REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA REALIZACION DE BAJAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS/ACTIVIDADES PLANEADAS	90%	90%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS		
					17%		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	17%		100%	

DEPARTAMENTO:		ARAUCA														
CODIGO DANE:		81														
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo														
		<b>PLAN DE ACCION AÑO 2017</b>														
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019											
SECTOR DEL PDD:		SALUD														
PROGRAMA DEL PDD:																
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)						
<b>PLANEACION</b>	<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>															
		<p>Estándar 76. Código: (DIR 2)</p> <p>La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados.</li> <li>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.</li> <li>Los planes estratégicos y operativos son aprobados en la instancia que corresponda.</li> <li>Se han asignado y aprobado recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación.</li> <li>Existe un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico.</li> <li>La junta directiva evalúa el cumplimiento del plan estratégico.</li> </ul>	Estandarizar la formulación del plan estratégico a partir del direccionamiento estratégico que a su vez garantice la divulgación, seguimiento y evaluación.	Calificación de acuerdo a la resolución 123 de 2012	40,00%	80%	<p>Diseño de un procedimiento que defina la construcción participativa de planes estratégicos, de acción y operativos de la organización.</p> <p>Establecer la metodología de divulgación, seguimiento y evaluación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>desarrollo de un proceso de priorización, ejecución y evaluación del plan</li> <li>definición del procedimiento de asignación y distribución de recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación.</li> <li>establecer un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico.</li> </ul>	Manual de elaboración planes estratégicos, de acción y operativos de la organización.	Calificación de acuerdo a la resolución 123 de 2012	40,00%	80%	Planeacion				
		<p>Estándar 156. Código: (MCC3):</p> <p>Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo.</li> <li>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.</li> </ul>	diseñar e implementar un proceso para la monitorización del mejoramiento de la calidad, que incluya	Calificación de acuerdo a la resolución 123 de 2012	10,00%	60%	<p>establecer las fechas de los seguimientos a los planes de mejora, con todas las actividades que hayan sido definidas en el documento de monitorización</p> <p>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.</p> <p>en los análisis deben estudiarse los indicadores que se plantearon en cada estándar</p>	Cronograma de seguimiento	Calificación de acuerdo a la resolución 123 de 2012	10,00%	60%	Planeacion				
		<p>Monitorizar estadística del plan de desarrollo institucional</p>	numero de evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas	30,00%	75%	Actualizar trimestralmente el Estado del Plan de Desarrollo Institucional	Comparar trimestralmente metas del Plan de Acción con metas alcanzadas y formular los ajustes pertinentes.	numero de evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas	30,00%	75%	Planeacion					
		<p>Realizar evaluación y seguimiento a los diferentes planes que tiene el hospital suscritos</p>	Monitorizar estadística del plan de Acción Institucional		100,00%	100%	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		100,00%	100%	Planeacion				
		<p>Evaluar y actualizar el Plan Bienal de Inversiones</p>			100,00%	100%	<p>Evaluar el cumplimiento en la ejecución de las inversiones en infraestructura y dotación de servicios objeto de control.</p> <p>Elaborar propuesta de ajuste para la vigencia</p>	<p>Verificar porcentaje de cumplimiento de los planes de inversión</p> <p>Porcentaje de cumplimiento</p>		100,00%	100%	Planeacion				
		<p>Optimizar la gestión de los procesos del SGI.</p>	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso		30%	100%	Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar y socializar los documentos del proceso	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso		30%	100%	Planeacion			
		<p>Mantener actualizados los sistemas de información.</p>			40%	70%	Llevar al día evaluación de indicadores de los diferentes planes que cuenta la institución				40%	70%	Planeacion			
		<p>Implementar y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica</p>	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	promedio de asistencia de personal de partos/total de personal		100%	100%	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados	<p>Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución en aspectos relacionados con atención al usuario</p> <p>Realizar por lo menos una capacitación mediante plataforma virtual sobre temas relacionados</p>	promedio de asistencia de personal de partos/total de personal		100%	100%	Planeacion		

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CODIGO DANE:		81												
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo												
		<b>PLAN DE ACCION AÑO 2017</b>												
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL		<b>META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019</b>										
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:														
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)				
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>														
<b>MANTENIMIENTO</b>	Estándar 135. Código: (GT 6) La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología en la que se incluye: CRITERIOS • 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 una política de gestión de la tecnología que contenga los criterios para la renovación de la misma.	evaluación de los estándares de acuerdo de a la resolución 1 2 3 del 2012	60%	70%	1. Definir e identificar los riesgos a nivel organizacional frente al uso de la tecnología 2. Diseño de herramientas y metodologías para identificar, priorizar, gestionar, evaluar e intervenir los riesgos asociados al uso de la tecnología 3. Priorización de los riesgos a nivel organizacional frente al uso de la tecnología 4. Disponer de los recursos financieros, técnicos y humanos para la minimización del riesgo asociado al uso de la tecnología. 5. Identificación de barreras organizacionales que minimicen los riesgos administrativos, asistenciales y gerenciales 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.	Implementar Actividades y protocolos frente al uso de la tecnología, identificando los principales niveles de riesgo. Y realizar seguimiento, gestionar recursos para llevar a cabo estas actividades	protocolos elaborados e implementados/total de protocolos elaborados	60%	70%	OFICINA TECNOLOGIA BIOMEDICA			
	Estándar 138. Código: (GT 9) La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, rehabilitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.	Diseño, aplicación y evaluación 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, rehabilitación, rehabilitación	evaluación de los estándares de acuerdo de a la resolución 1 2 3 del 2012	10%	80%	1. Diseño de guías de uso de la tecnología, a través de la identificación de cada uno frente al apoyo resolutivo o diagnóstico de la situación de salud de los usuarios, identificación del riesgo de cada equipo para que sea incluido en la guía rápida de manejo de equipos biomédicos, 2. Diseño de un mecanismo de evaluación a la adherencia de las guías de manejo rápido de equipos, ajuste al proceso de	Plantear guías que determinen el riesgo frente al manejo de la tecnología, e implementar criterios de evaluación	guía elaborada y aprobada	10%	80%	JEFE DE MANTENIMIENTO			
			evaluación de los estándares de acuerdo de a la resolución 1 2 3 del 2012	10%	80%			numero de personas que aplican la guía/número de personas evaluadas	10%	80%	OFICINA TECNOLOGIA BIOMEDICA			
			evaluación de los estándares de acuerdo de a la resolución 1 2 3 del 2012	80%	82%	Actualizar el Manual de Mantenimiento Preventivo Programado para la infraestructura física y dotación de la tecnología	Mantener actualizado el Manual de Mantenimiento Preventivo Programado para infraestructura física y dotación de la tecnología.	Actualizado y Socializado	80%	82%	OFICINA TECNOLOGIA BIOMEDICA			
	Estándar 119. Código: (GAF1) 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. Lo anterior incluye: • Procesos consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. • 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. • Condiciones para la humanización del ambiente físico.	Evaluar la efectividad del Plan de Mantenimiento	evaluación de los estándares de acuerdo de a la resolución 1 2 3 del 2012	100%	100%	Actualizar Plan de Mantenimiento y/o cronograma de (Infraestructura física, muebles y enseres de uso administrativo y asistencial)	Implimentar el plan de Mantenimiento cronograma ( Infraestructura física, muebles y enseres de uso administrativo y asistencial)	plan de mantenimiento y/o cronograma elaborado y aprobado	100%	100%	JEFE DE MANTENIMIENTO			
			evaluación de los estándares de acuerdo de a la resolución 1 2 3 del 2012	90,00%	100,00%	Solicitar Oportunamente la asignación de Recursos Humanos y Financieros al Cumplimiento del Plan de Mantenimiento	Gestionar, evaluar y solicitar recursos para el cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de los equipos Biomédicos y la infraestructura Física.	Número de solicitudes realizadas / Número de solicitudes aprobadas	90,00%	100,00%	OFICINA TECNOLOGIA BIOMEDICA			
			evaluación de los estándares de acuerdo de a la resolución 1 2 3 del 2012	95%	100%	Efectuar Seguimiento al Plan de Mantenimiento, definiendo semestralmente el indicador de cumplimiento	Verificación interna para evaluar de forma periódica la ejecución del plan de mantenimiento	Número de mantenimiento ejecutados /número de mantenimientos programados	95%	100%	OFICINA TECNOLOGIA BIOMEDICA			
			evaluación de los estándares de acuerdo de a la resolución 1 2 3 del 2012	100%	100%	Rendir informes de cumplimiento de Plan de Mantenimiento cuando sean solicitados por la Subgerencia administrativa.	Elaborar oportunamente informes del cumplimiento del plan de mantenimiento	Número de informes presentados / Número de informes solicitados	100%	100%	Coordinador y/o responsable área de mantenimiento			
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.			90%	100%	Adecuar la infraestructura de acuerdo a las necesidades de manera que se tenga en cuenta el respeto a la dignidad de pacientes, usuarios y familia.	Recibir las solicitudes via telefonicas y por escrito para ejecutarlas las actividades de mantenimiento de manera oportuna	Número de solicitudes recibidas/Número de solicitudes atendidas oportunamente	90%	100%	Coordinador y/o responsable área de mantenimiento		
					80%	100%	Ajustar canales de informacion agiles	cumplir oportunamente a las solicitudes de acciones preventivas y/o correctivas solicitadas	numero de acciones preventivas/correctivas < a 5 dias/número de solicitudes	80%	100%	OFICINA TECNOLOGIA BIOMEDICA		

<b>DEPARTAMENTO:</b>		ARAUCA												
<b>CODIGO DANE</b>		81												
<b>PLAN DE DESARROLLO:</b>		Humanizando el Desarrollo												
		<b>PLAN DE ACCION AÑO 2017</b>												
<b>DIMENSION DEL PDD:</b>		SOCIAL			<b>META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019</b>									
<b>SECTOR DEL PDD:</b>		SALUD												
<b>PROGRAMA DEL PDD:</b>														
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)				
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>														
MANTENIMIENTO	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.		30%	60%	Revisar la documentación del proceso de mantenimiento y actualizarla de acuerdo a la normatividad vigente (Actualizar Caracterización del proceso)	actualizar los documentos y socializarlos con el personal de área	numero de documentos socializados/numero de documentos	30%	60%	OFICINA TECNOLOGIA BIOMEDICA			
		Mantener actualizados los sistemas de información.		20%	70%	Llevar indicadores al día	actualizar los indicadores de acuerdo a la periodicidad	indicadores reportados a tiempo /numero de indicadores	20%	70%	OFICINA TECNOLOGIA BIOMEDICA			
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.		25%	80%	Capacitar al personal sobre necesidades del ambiente físico, mantenimiento hospitalario, mantenimiento biomedico y el adecuado uso de la herramienta como instrumento de trabajo.	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución	numero de personal solicitada a capacitaciones/numeo de capacitaciones programadas	25%	80%	OFICINA TECNOLOGIA BIOMEDICA			

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CODIGO DANE:		81											
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo											
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL		PLAN DE ACCION AÑO 2017								META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019	
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:													
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL													
TESORERIA	REALIZAR LOS PAGOS DE LAS OBLIGACIONES DE LA ESE DE ACUERDO A LAS NORMAS VIGENTES LEGALES E INSTITUCIONALES	CUMPLIR CON LOS PAGOS RESPECTIVOS DE LA ENTIDAD Y EN LAS FECHAS ESTABLECIDAS CUANDO SON NORMATIVIDAD NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL.	N°CTA PAGADO/TOTAL CTA		100%	1. REALIZAR EFECTIVAMENTE LOS PAGOS ADQUIRIDOS AL PERSONAL QUE SE ENCUENTRA POR CONTRACTO; SIEMPRE Y CUANDO ESTEN CON LA DOCUMENTACION REQUERIDA.	100%	N°CTA PAGADO /TOTAL CTA		100%	TESORERO AUXILIAR ADMINISTRATIVO		
			FECHA LIMITE DE PAGO DE SEGURIDAD -FECHA DE CANCELACION		100%	2. REALIZAR EFECTIVAMENTE LOS PAGOS ADQUIRIDOS AL PERSONAL DE N[OMINA, SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	100%	FECHA LIMITE DE PAGO DE SEGURIDAD/FECHA DE CANCELACION		100%	TESORERO AUXILIAR ADMINISTRATIVO		
			VERIFICACION DIARIO DE INGRESOS		100%	3. VERIFICAR LOS INGRESOS RECIBIDOS Y RENDIR INFORME AL SUBPROCESO DE TESORERIA.	100%	VERIFICACION DIARIO DE INGRESOS		100%	TESORERO AUXILIAR ADMINISTRATIVO		
			INFORMACION REQUERIDA / INFORMACION SUMINISTRADO		100%	4.TENER LA INFORMACION EFICIENTE Y EFICAZ EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERE DEL SUBPROCESO DE TESORERIA.	100%	INFORMACION REQUERIDA / INFORMACION SUMINISTRADO		100%	TESORERO AUXILIAR ADMINISTRATIVO		
	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	MANEJO DE RECURSOS HUMANOS		100%	Evaluacion Documentos generados en el SIG, y actualizarlos en el caso de que esten desactualizados(Actualizar caracterización del proceso)	99%	CAPACITACION Y ACTUALIZACION DE LAS NORMAS VIGENTES		100%	TESORERO AUXILIAR ADMINISTRATIVO		
		Mantener actualizados los sistemas de información.	CALIDAD EN EL MANEJO DE LA INFORMACION		100%	Capacitar al personal y manejo sensibilidad sistema de informacion con atencion al usuario	99%			100%	TESORERO AUXILIAR ADMINISTRATIVO		
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	ATENCION AL USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS		100%	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.	80%			100%	TESORERO AUXILIAR ADMINISTRATIVO		

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CODIGO DANE:		81											
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo											
<b>PLAN DE ACCION AÑO 2017</b>													
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL											
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:													
<b>META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019</b>													
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>													
Coordinación enfermería	Mejorar las competencias del personal de enfermería que trabaja en la ESE	Los resultados de las evaluaciones subjetivas periódicas mejorarán paulatinamente o se mantendrán cuando la línea base este ubicada en un puntaje por encima de 80 %	% de avance	100%	100%	Elaborar formato de evaluación subjetiva que permita medir el desempeño integral del empleado	Elaboración del formato en el primer trimestre del año	Elaboración del formato en el primer trimestre del año	100%	100%	Coordinación de enfermería		
				72%	85%	Socializar el formato de evaluación con todas las partes implicadas en el proceso, incluidas las partes externas (Sindicatos)	Se socializará el formato de evaluación periódica en todas las reuniones primarias	Socializar el formato en Reuniones primarias /Reuniones primarias programadas	72%	85%	Coordinación de enfermería		
				45%	80%	Aplicar el formato de evaluación subjetiva a todos los empleados durante el año	Se aplicará la evaluación subjetiva como mínimo una vez al año	Personal evaluado/Total del personal	45%	80%	Coordinación de enfermería		
				45%	60%	Retroalimentar el resultado de la evaluación con cada trabajador	Se retroalimentará los resultados de la evaluación	Personal retroalimentado/personal evaluado	45%	60%	Coord Enfermería		
	Mejorar las competencias del personal enfermería que trabaja en la ESE	Los resultados de las evaluaciones subjetivas periódicas mejorarán paulatinamente o se mantendrán cuando la línea base este ubicada en un puntaje por encima de 80 %	% de avance	100%	100%	Elaborar un banco de preguntas para la realización de evaluaciones periódicas al personal	Elaboración de base de datos con preguntas	Elaboración del banco de preguntas en el primer semestre del año	100%	100%	Coord Enfermería		
				50%	80%	Aplicar las preguntas de la base de datos en las evaluaciones periódicas programadas	Se aplicará la evaluación objetiva como mínimo una vez al año	Personal evaluado/Total del personal	50%	80%	Coord Enfermería		
				100%	100%	Retroalimentar el resultado de la evaluación con cada trabajador	Se retroalimentará los resultados de la evaluación	Personal retroalimentado/personal evaluado	100%	100%	Coord Enfermería		
	Mejorar las competencias del personal del área de enfermería que ingresa a trabajar en la institución	El personal que ingresa a trabajar en la institución poseerá las competencias requeridas en cuanto al manejo del sistema y conocimiento de protocolos institucionales al momento de su ingreso	% de avance	100%	100%	Elaborar un tutorial de manejo del sistema dinámica para enfermería	Se elaborará un tutorial de manejo para enfermería en el sistema dinámica	Elaboración del tutorial	100%	100%	Coord Enfermería- sistemas		
				0%	100%	Definir los criterios de evaluación y aprobación del personal que ingresa a trabajar en cuanto al manejo del sistema dinámica y protocolos y guías institucionales	Se elaborará una lista de chequeo para evaluar al personal que ingresa a trabajar en el área de enfermería y los criterios de aprobación	Elaboración de lista de chequeo	0%	100%	Coord Enfermería		
				0%	100%	Definir los criterios de evaluación en cuanto a competencias del auxillar de enfermería	Se elaborará una lista de chequeo para evaluar al personal que ingresa a trabajar en el área de enfermería y los criterios de aprobación en cuanto al desempeño en las competencias propias del cargo	Elaboración de lista de chequeo	0%	100%	Coord Enfermería		
				78%	88%	Programación de las reuniones primarias	Se programarán reuniones primarias mínimo trimestrales por servicio y realizadas/reuniones primarias mensuales para el personal de enfermeros profesionales	Reuniones primarias realizadas/reuniones primarias programadas	78%	88%	Coord Enfermería-coordinadores de los servicios.		
	Mejorar las competencias del personal de enfermería que trabaja en la ESE	El personal que trabaja en la institución reforzará conocimientos en las áreas de trabajo y patologías de frecuente manejo así como la información relevante para el funcionamiento de los servicios	%asistencia	50%	60%	Asistencia a las reuniones primarias de los servicios	Se logrará asistencia de la mayoría del personal a las reuniones primarias programadas	Personal que asiste a las reuniones/personal del servicio	50%	60%	Coord Enfermería		
78%				88%	Programación de capacitaciones sobre temas relacionados con enfermería	Se programarán capacitaciones/actualizaciones periódicas (bimensuales) sobre temas relacionados con enfermería	Capacitaciones programadas/capacitaciones realizadas	78%	88%	Coord Enfermería/Químico farmacéutico institucional/Subdirección científica			
Mantener el porcentaje de satisfacción de los usuarios	Mantener la satisfacción del usuario.	%satisfacción del usuario en relación con la atención del personal de enfermería	100%	100%	Respuesta a las quejas de los usuarios	Dar respuesta a las quejas en los plazos establecidos	numero de respuesta a las quejas en los plazos establecidos/ número total de quejas establecidas	100%	100%	Coord Enfermería			

<b>DEPARTAMENTO:</b>		ARAUCA											
<b>CODIGO DANE</b>		81											
<b>PLAN DE DESARROLLO:</b>		Humanizando el Desarrollo											
		<b>PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017</b>											
<b>DIMENSION DEL PDD:</b>		SOCIAL			<b>META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019</b>								
<b>SECTOR DEL PDD:</b>		SALUD											
<b>PROGRAMA DEL PDD:</b>													
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>													
Coordinación enfermería						Socializar en los servicios los resultados de las encuestas de satisfacción de usuarios aplicadas por el SIAU, en lo concerniente a la atención de enfermería	Se socializará con enfermería los resultados de las encuestas de satisfacción publicadas por el SIAU	Resultados publicados por SIAU/ Resultados socializados en los servicios	20%	50%		Coordinador enfermería	
	Mejorar la competencia del personal de enfermería en la disminución de glosas (llevando registros clínicos completos, aplicación de medicamentos por sistemas etc. )	Realizar las funciones correspondientes de los registros clínicos y demás para evitar glosas.				socializar en los servicios los resultados de las encuestas de satisfacción de usuarios aplicadas por el SIAU, en lo concerniente a la atención de enfermería	se socializará con el personal de enfermería de los resultados en la disminución de las glosas	número de glosas por registros clínicos por parte de enfermería/número total de glosas por registros clínicos por parte de enfermería	0%	30%		coordinación de enfermería	

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CODIGO DANE:		81												
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo			PLAN DE ACCION AÑO 2017									
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019									
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:														
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)				
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>														
INTERNACIÓN	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Aumentar la satisfacción del usuario.	% de implementación de actividades que promueven la humanización en el servicio / actividades propuestas para el año 2017	0.5	0.6	1. Realizar actividad de sensibilización y humanización con cada servicio del área de internación	Se realizara por lo menos una actividad con cada	Actividades realizadas/Actividades	0	50%	Lider de proceso - coordinadores de los			
						2. Socializar con los servicios de internación los resultados de	Cada uno de los servicios que hacen parte de internación conocerá el resultado del informe de satisfacción de usuarios y se plantearan metas al respecto	numero de servicios a los que se les socializo los resultados /Numero de servicios que conforman internacion	0,00%	50%	Lider de Proceso-coordinadores de los servicios			
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	Numero de actividades propuestas para cumplir lameta del proyecto / porcentaje de actividades ejecutadas	0.5	0.6	3. Realizar actividades de comunicación con la etnia indígena mayoritaria que cons	Al finalizar el año se habra implementado la estrategia para mejorar la comunicación con la etnia uwa	% de serivios en los que se demuestra que se pueden comunicar conla etnia uwa con las palabras mas frecuentes/ total de sercvios de internación	50,00%	60%	Lider de proceso, coordinador de enfermería			
						4. Realizar el analisis del 100 % de las muertes ocurridas mayores a 48 horas	Se realizara el analisis del 100 % de las muertes ocurridas en pacientes mayor a 48 horas	Numero de muertes analizadas /Numero de pacientes fallecidos mayor a 48 horas	100,00%	100%	Lider de proceso			
						5. Realizar el analisis del 100 % de los reingresos por la misma causa antes de 20 dias ,mes a mes	Se realizara el analisis de minimo en 80 % de los casos de reingresos porlamisma causa antes de 20 dias	Numero de reingresos antes de 20 dias porlamisma causa/ total de egresos en el periodo	70,00%	80%	lider de proceso			
						6. Realizar comité de mortalidad intrahospitalaria trimestral	Se realizaran 4 comites durante el año 2017	Numero de comités realizados / comités programados	25,00%	75%	Lider de proceso-integrantes del comité de estadísticas vitales			
						7. Realizar analisis semestral sobre la mortalidad hospitalaria y los reingresos	Se realizaran 4 informes sobre msortalidad hospitalaria mayor a 48 horas del ingreso y reingresos antes de 20 dias	Numero de analisis programados /Analisis realizados	100,00%	50%	lider deproceso			
						8. Participar en el analisis y las actividades relacionadas con los eventos adversos que ocurran en internacion	Se participara en el analisis y la implementacion de actividades de los eventos adversos presentados en internacion	Numero de eventos adversos analizados en conjunto/ Numero de eventos adversos presentados	0,00%	50%	lider de proceso-coordinadores de los servicios			
						9. Evaluacion de la adherencia los 10 procedimientos de enfermería mas frecuente en los servicios de internación.	Aplicación de listas de chequeo a los protocolos de los 10 procedimientos de enfermería mas frecuentes actualizados y socializados	% de los protocolos evaluados / Total de los protocolos porpuestos ( 10 )	0,00%	50%	Lider de Proceso - coordinador de enfermería..			
						4. Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso			Revisión de la documentación del SGI, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar la documentación del área	DOCUMENTOS ACTUALIZADOS/TOTAL DOCUMENTOS REQUERIDOS DEL PROCESO		70%

		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	promedio de atención según clasificación triage	70%		Mejorar la oportunidad en la atención de Urgencias	Mejorar la oportunidad en la atención	promedio de atención según clasificación triage	70%		Coordinador Urgencias		
--	--	--	---	-----	--	--	---------------------------------------	---	-----	--	-----------------------	--	--

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CODIGO DANE:		81											
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo											
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019									
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:													
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL													
Coordinación Urgencia	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE	Mejorar el conocimiento del talento humano, frente a temas relacionados con el área	80%		Realizar capacitación continua y seguimiento al diligenciamiento de la historia clínica	Mejorar el conocimiento del talento humano, frente a temas relacionados con el área	capacitación realizada al personal de urgencias en historia clínica	80%		Coordinador Urgencias		
				80%		Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con el área		Capacitación y actividades realizadas con el personal de urgencias en temas de desarrollo personal y humanización.	80%		Coordinador Urgencias- Personal		
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Documentos Actualizados/Totalidad de Documentos	NLB		Actualizar la Caracterización del Proceso (Actualizar toda la documentación contenida en el área de Calidad)	Actualizar gestión de los procesos del SGI.	Documentos Actualizados/Totalidad de Documentos	NLB		Coordinador Urgencias		
		Mantener actualizados los sistemas de información.	La aplicación adecuada de protocolos en la atención de servicios de salud en el área de urgencia	80%		Revisar y evaluar las guías y manuales del proceso de urgencias y actualizar los que estén obsoletos Socializar las guías al personal a cargo en urgencias	La aplicación adecuada de protocolos en la atención de servicios de salud en el área de urgencia	guías actualizadas y socializadas	80%		Coordinador Urgencias		
				80%		Elaborar protocolo de traslado de pacientes ya sea intrahospitalario o interinstitucional		protocolos de traslado establecidos para el hospital del sarare	80%		Coordinador Urgencias		
				50%		Socializar protocolo de transporte a todo colaborador asistencial		protocolos de traslado socializados	50%		Coordinador Urgencias		
				50%		Elaborar metodología e instrumentos para realizar evaluación de adherencia al protocolo de transporte de pacientes		listas de chequeo para protocolos de transporte	50%		Coordinador Urgencias		
		60%		Evaluar adherencia al protocolo de transporte	adherencia a protocolos de traslado	60%		Coordinador Urgencias					
		Aumentar la satisfacción del usuario	%satisfacción del usuario en relación con la atención del personal de enfermería	95%	83%	Respuesta a las quejas de los usuarios	Dar respuesta a las quejas en los plazos establecidos	numero de respuesta a las quejas en los plazos establecidos/ número total de quejas establecidas	95%		Coordinador Urgencias		
						Socializar en los servicios los resultados de las encuestas de satisfacción de usuarios aplicadas por el SIAU, en lo concerniente a la atención de enfermería	Se socializará con enfermería los resultados de las encuestas de satisfacción publicadas por el SIAU	Resultados publicados por SIAU/ Resultados socializados en los servicios			Coordinador Urgencias		

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CODIGO DANE:		81												
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo			PLAN DE ACCION AÑO 2017									
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019									
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:														
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)				
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>														
LABORATORIO CLINICO	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%	Envío de muestras de eventos de interes en salud publica.	Verificar en conjunto con vigilancia epidemiologica institucional los casos sospechosos y hacer envío de muestras al Laboratorio de Salud Publica	Porcentaje de cumplimiento de envío 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 envío de reportes oportunos	100%	100%	Envío 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 congenita	Contribuir a Reducir en un 5% los casos de sífilis gcongenita por año	Tasa de sífilis congenita	99%	100%	Subcontratacion de examen confirmatorio para sífilis y compas de pruebas rapidas par diagnostico de sífilis	Contratacion de Laboratorio de referencia y compas de insumos	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	100%	100%	Subcontratacion de exámenes especializados	Contratacion de un Laboratorio de Referencia	Contratacion efectiva	40%	Contrato legalizado	Subgerencia cientifica, Gerencia, Coordinacion de Laboratorio Clinico			
	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 Clinico	95%	96%	Compras de insumos que garanticen la calidad en las corridas analiticas	Implementacion de los procesos de calidad	Numero de procesos de calidad instalados	95%	96%	Coordinacion de Laboratorio Clinico y Bacteriologos			
	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Aumentar la satisfacción del usuario.	Usuarios satisfechos en el servicio de Laboratorio Clinico	8 dias habiles	8 dias habiles	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 dias en que se respondi la queja/total de quejas de laboratorio	8 dias habiles	8 dias habiles	Lider de Proceso			
			Manuales y protocolos actualizados y socializados.	95%	96%	Actualizar, socializar y medir adherencia a manuales y protocolos.	Evidenciar manuales y protocolos actualizados con su respectiva socializacion	Manuales y Protocolos Actualizados y Socializados.	95%	96%	Lider de Proceso			
			Mantener actualizados los sistemas de información.	Resultado de exámenes de laboratorio en el sistema de informacion DINAMICA.	98%	99%	Realizar verificaciones de los resultados de laboratorio en el sistema de informaciony las glosas presentadas.	Revisar glosas del Laboratorio Clinico.	Porcentaje de glosa	98%	95%	Lider de Proceso		
			Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Talento humano del laboratorio Clinico capacitado	80%	85%	Realizar capacitaciones continuas en temas de calidad en el Laboratorio Clinico y acreditacion institucional.	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con Calidad analitica en el Laboratorio Clinico Asisitir a las capacitaciones institucionales	Reuniones Grupales enfocadas en temas de calidad analitica. Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion	80%	85%	Talento humano de Laboratorio Clinico, Lider de Proceso y Gerencia.		
			Instructivo con las instrucciones para la preparacion de los pacientes para la toma de muestras.	95%	96%	Actualizar un instructivo didactico con las instrucciones de preparacion para la toma de muetras de los usuarios.	Actualizar procedimiento de preparacion del paciente de toma de muestras de Laboratorio Clinico	Documentos realizados/total documentos	96%	90%	Lider del proceso de Laboratorio			

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CODIGO DANE:		81												
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo												
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL												
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:		PLAN DE ACCION AÑO 2017												
		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019												
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)				
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>														
LABORATORIO CLINICO	<p>Estándar 23. Código: (AsPL2)</p> <p>Existe un proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluye la 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia que la organización ha desarrollado, adoptado o adaptado. Los</li> </ul>	<p>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 enfoque e</p>	Notificación de eventos adversos	98%	99%	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.	98%	95%	Lider del proceso de Laboratorio			
	<p>Estándar 36. Código: (AsPL15)</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Competencias del personal responsable de la atención y mecanismos para su evaluación.</li> <li>Marcación de elementos.</li> <li>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.</li> <li>Registro de las órdenes que no cumplen con el criterio Estándar 38. Código: (AsPL17)</li> </ul>	<p>3. Fortalecer el proceso de inducción y de requisitos del personales para lograr garantizar la idoneidad del mismo en los servicios evaluados: laboratorio clínico e imagenología.</p>	Definición de competencias de una auxiliar de Laboratorio Clínico.	80%	90%	Realizar induccion al personal que ingresa al servicio de Laboratorio Clínico con una lista de chequeo	Fortalecer el proceso de induccion del talento humano para evitar fallas en los procesos.	Numero de personas que reciben induccion en el Laboratorio/Total de personas que ingresan al Laboratorio	80%	90%	Lider del proceso de Laboratorio			
	<p>Estándar 38. Código: (AsPL17)</p> <p>El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>	<p>7. Establecer el indicador de muestras rechazadas y revisar si el sistema Dinamica permite estas mediciones,</p>	Muestras rechazadas por el Laboratorio Clínico	95%	96%	Revisar las muestras y rezachar aquellas que no cumplan con lo requisitos de una adecuada toma de muestras.	Identificar el numero de muestras rechazadas por una inadecuada toma de muestras.	Porcentaje de muestras rechazadas por el laboratorio.	95%	96%	Lider del proceso de Laboratorio			
		<p>2. Solicitar adquisicion de los controles de calidad faltantes( inmunología especial, uroanálisis)</p>	Aquisicion de Controles de calidad inetno y externo	98%	99%	Realizar contratos de compra de insumos para contrles de calidad.	Mantener un adecuado control de calidad en todas la eras del Laboratorio.	Controles adquiridos/total de contoles.	98%	99%	Lider del proceso de Laboratorio y Gerencia			
		<p>4. Establecer mecanismos para garantizar que el control de calidad que se ejecuta sea de pleno conocimiento de los colaboradores de laboratorio clínico de forma obligatoria, para garantizarlo .de forma continua</p>	Procesamiento de muestras de control de calidad inetno diario y externo según cronograma de actividades	98%	99%	Procesar control de calidad interno y externo según cronograma de actividades	Datos de Control de calidad inetno en software de calidad y resultados de Control externo con sus respectivos analisis.	Muestras procesadas/total de muestras	98%	99%	Lider del proceso de Laboratorio y Bacteriologos			

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CODIGO DANE:		81											
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo			PLAN DE ACCION AÑO 2017								
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019								
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:													
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>													
FARMACIA	mejorar la seguridad del paciente	disminuir el riesgo de los efectos adversos de medicamentos y dispositivos medicos por el ingreso de los elementos externos	Demanda satisfecha = productos entregados/productos solicitados*100	40%	60%	proyectar la oferta de servicio	Hace un diagnostico de rotacion de inventarios en unidades	diagnostico elaborado	40%	60%	QUIMICO FARMACEUTICO		
		programa de control y vigilancia de medicamentos sobrantes	porcentaje de almacenamiento en areas no autorizadas	50%	90%	Socializacion al cuerpo de enfermeria de los servicios de protocolos de control y vigilancia	Socializacion de protocolos al 50% del personal de enfermeria	% de personal de enfermeria capacitado	50%	80%			
		Entrega de medicamentos y material medico quirúrgico oportuno según la necesidad del paciente y para la satisfaccion y buen trato del mismos	Racionalizar el uso de los productos farmaceuticos	Dosis adecuada de medicamentos	50,00%	70%	Hacer seguimiento y control a manejo de canastas de procedimientos quirurgicos, fomentando el uso racional de los productos farmaceuticos	lograr por servicios el uso racional del producto	consumo de canastas = Canastas solicitadas/canastas entregadas	50,00%		70%	QUIMICO FARMACEUTICO
	Garantizar la entrega oportuna de los medicamentos de control especial o franja violeta solicitados	Garantizar la entrega al 100% los medicamentos franja violeta (medicamentos de control especial) de uso intrahospitalario	% de Medicametos solicitados / Medicamentos despachados	75,00%	100%	realizar adquisicion oportuna de los medicamentos de control especial de acuerdo a las necesidades.	Adquirir el 100% de los medicamentos requeridos	% de adquisicion de medicamnetos	100%	100%	QUIMICO FARMACEUTICO		
	Estándar 91. Código: (GER 4) La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual: CRITERIOS: Responde a una política organizacional. • Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos. • Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos. • Realiza acciones de evaluación y mejora.	Definir e implementar una política de administracion del riesgo, articulado con el direccionamiento estratégico	Administracion del riesgo	0%	50%	1. Definir e identificar los riesgos a nivel organizacional. 2. diseño de herramientas y metodologías para identificar, priorizar, gestionar, evaluar e intervenir los riesgos. 3. priorizacion de los riesgos a nivel organizacional 4. Disponer de los recursos financieros, tecnicos y humanos para la minimizacion del riesgo. 5. Identificacion de barreras organizacionales que minimicen los riesgos administrativos, asistenciales y gerenciales. 6 evaluacion de la materializacion de los riesgos organizacionales y toma de acciones que corrijan las desviaciones.	Identificar y organizar la política de administracion	% de organización	0%	70%	QUIMICO FARMACEUTICO		
	Revisar y ajustar el programa de farmacovigilancia incluyendo Diseño del plan farmacológico de tratamiento. • Aplicación de la política de uso racional de antibiótico. • Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere. • Participación del servicio farmacéutico. • Participación de infectología si la complejidad lo requiere. • Reconciliación de medicamentos al ingreso. • Farmacovigilancia. • Señales de alarma y mecanismos para la separación de medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración. • Revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos. • Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente (este criterio	Aplicación de programa de Farmacovigilancia		30%	100%	Revisar y ajustar el programa de farmacovigilancia incluyendo Diseño del plan farmacológico de tratamiento. • Aplicación de la política de uso racional de antibiótico. • Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere. • Participación del servicio farmacéutico. • Participación de infectología si la complejidad lo requiere. • Reconciliación de medicamentos al ingreso. • Farmacovigilancia. • Señales de alarma y mecanismos para la separación de medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración. • Revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos. • Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente (este criterio			20%	100%	QUIMICO FARMACEUTICO		
						Socializar programa de farmacovigilancia a tdos loos colaboradores asistenciales de la institucion			75%	100%	QUIMICO FARMACEUTICO		
			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					QUIMICO FARMACEUTICO	
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.		0%	50%	Revisión de la documentación del SGI, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar gestión de los procesos del SGI.	Actualizar y socializar los documentos del proceso de cartera			QUIMICO FARMACEUTICO		
FARMACIA	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.		0%	50%	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con atencion al usuario	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion en aspectos relacionados Realizar por lo menos una capacitacion mediante plataforma virtual sobre temas relacionados		100%	100%	QUIMICO FARMACEUTICO		

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CODIGO DANE:		81												
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo			PLAN DE ACCION AÑO 2017									
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019									
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:														
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)				
SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL														
DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA	Reducir la mortalidad infantil	Mantener o disminuirla Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos).	Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos).	0 X 10.000 NIÑOS < 5 AÑOS	Tasa < 5 x cada 10.000 nacidos vivos	1. Realizar induccion a la demanda a la poblacion objeto 2. Asignar metas a los profesionales y tecnicos responsables de la ejecucion de las actividades. 3. Realizar consulta de 1º vez a la poblacion asignada de acuerdo a las metas establecidas por programa. 4. Medir metas mensuales para analizar indicadores de cumplimiento. 5. Platear estrategias a la subgerencia cientifica para cumplimiento de las metas.	Captar en un 80% los menores de 5 años del municipio adscritos a los servicios de promocion y prevencion del hospital del sarare	porcentaje de captacion de niños < 5 años	48,00%	95% niños < 5 años	Coordinacion UNAP			
		Mantener o disminuir Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos).	Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos).	0 X 1000 NACIDOS VIVOS	Mantener o disminuir la tasa de 5,9 X Cada 1000 nacidos vivos		Captar en un 90% los menores de 1 año adscritos a los servicios del hospital del sarare	porcentaje de captacion de niños <1 años	62,00%	75% niños < 1 año	Coordinacion UNAP			
		Lograr cobertura de vacunación (esquema regular) del 95% de los	porcentaje de cobertura de esquema permanente	95,00%	95%	Realizar programación mensual de acuerdo a la población asignada según AJUSTE POBLACIONAL.								
		Disminuir en un 20% los índices de morbilidad infantil y niñez asociada a enfermedades inmunoprevenibles incluidas en el esquema regular de vacunación.	Tasa de morbilidad infantil asociada a enfermedades inmunoprevenibles	0 tasa x cada 10.000 niños	< 0 igual a 2,64 x c 10.000 niños	Realizar vacunación de lunes a sábado institucional Realizar vacunación extramural, búsqueda casa a casa. Realizar jornadas de vacunación según lineamientos PAI dados por MSPS .Realizar medición de coberturas mensualmente e -implementar estrategias para alcanzar las coberturas mensuales.	Lograr 95% de coberturas Acumuladas en vacunación.	Porcentaje de cumplimiento	95%	95%	Coordinacion PAI			
		Disminuir en 20% los índices de morbilidad en < 5 años asociada a enfermedades inmunoprevenibles	Tasa de morbilidad en < 5 años asociada a enfermedades inmunoprevenibles	0 tasa x cada 10.000 niños < 5 años	2,64 x cada 10.000 niños < 5 años	-Ingreso de los menores, adultos, gestante y MEF a la plataforma Nacional del Programa de Vacunación. -Presentar informes mensuales según lineamientos PAI. -Vacunación intramural								
		Contribuir a la reducción la morbilidad de casos de EDA en menores de 5 años	Tasa de morbilidad por EDA en < 5 años	tasa 1441 x cada 10.000 niños < 5 años	tasa < 0 igual a 1210 x cada 10.000 niños < 5 años	Charlas educativas mensuales a la población asistente los servicios de PYP por las enfermeras de consulta, enfermera de la unidad móvil y auxiliar de enfermería extramural con la comunidad indígena. Información o sección radiales por espacios de emisoras del municipio. Educación continua en Hogares infantiles de ICBF, sobre prevención de la EDA y ERA.	fomento de la educación para la prevención de EDA	Porcentaje de cumplimiento	100%	100%	Coordinacion UNAP			
		Contribuir a la reducción la tasa de morbilidad por ERA en menores de 5 años	Tasa de morbilidad por ERA en < 5 años	4125 x cada 10.000 niños < 5 años	tasa < 0 igual 3722 en niños < 5 años		fomento de la educación para la prevención de ERA		100%	100%	Coordinacion UNAP			
	Lograr que el 70% de las mujeres gestantes asistan mínimo a 4 controles prenatales	Porcentaje de gestantes que asisten a cuatro controles prenatales	70%	70 % 0 mas	Censo trimestral de gestantes por eps según contratación. Canalización mensual de gestantes mediante visitas domiciliarias. Seguimiento trimestral a la aplicación de la norma en la atención de la embarazada. Seguimiento de inscitas nuevas al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo y gestantes de alto riesgo.	Identificar a la población gestante adscrita a los servicios del hospital del sarare, inducción a la demanda, censo poblacional, inclusión al control prenatal.	Porcentaje de gestantes que asisten a cuatro controles prenatales	58%	70%	Coordinacion UNAP				

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CODIGO DANE:		81											
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo											
		PLAN DE ACCION AÑO 2017											
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019								
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:													
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL													
DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA	Garantizar el cumplimiento de las líneas de acción de maternidad segura	fomento de planificación familiar, fomento de salud sexual y reproductiva para adolescentes jóvenes, puerperas.	Número en los que se garantiza el cumplimiento de las líneas de acción	72% del total de las usuarias de planificación familiar	50% o mas de las usuarias de planificación	Asesorar a la puerpera adolescente sobre los metodos de planificación familiar	Lograr coberturas en planificación familiar.	porcentaje de puerperas en el programa de planificación familiar	49,00%	50% o mas de cumplimiento	Coordinacion UNAP		
		Detección de casos de cáncer de cuello uterino, cáncer mama	Tasa de mortalidad por ca de cuello uterino y de mama	2 tasa x ca cuello uterino. 0 tasa de mortalidad de ca mama mujeres > 50 años	Mantener en 0 la tasa de mortalidad de ca cuello uterino. Mantener en 2.9 o menos la tasa de ca mama en mujeres > 50 años	Incrementar la toma de citología y mamografía a todas las mujeres adscritas al Hospital del sarare.	Captar la poblacion objeto del programa de ca de cervix y mama.	porcentaje de cumplimiento	87.6%	90% de citologias tomadas	Coordinacion UNAP		
		Prevención de violencia doméstica sexual	Tasa de violencia sexual y domestica en mujeres	tasa 4.8 x cada 10,000 mujeres	mantener o disminuir la tasa de violencia sexual y domestica en 11.3 X10.000 mujeres	promover el buen trato y la no violencia domestica sexual por medios masivos	fomento del buen trato y la no violencia violencia domestica	cumplimiento de actividades programadas	85%	85%	Coordinacion UNAP		
		Identificar el estado nutricional de la población de niños, niñas 0 - 5 años	Porcentaje de niños@s de 0-5 años con desnutrición crónica-aguda-global	tasa 88.5 x c 10.000 niños < 5 años	tasa de desnutrición por debajo de la linea base 148,6	Ingresar oportunamente al SISVAN los menores atendidos en el programa de crecimiento y desarrollo para la identificación de casos de desnutrición . Enviar a todos los niños con riesgo o diagnostico de Desnutricion a los servicios especializados .	Realizar canalizacion de la poblacion adscrita al hospital del sarare a los programas de promocion y prevencion.	% de Ingresos al sisitema de informacion. % de remision	80,00%	80%	Coordinacion UNAP		
		Garantizar la atención psicosocial y atención en salud del 100% de solicitudes de la población en situación de desplazamiento y otros hechos victimizantes	Porcentaje de atencion	100% de atenciones realizadas	100% de las consultas programadas	Realizar atencion en psicologia la poblacion victima de violencia teniendo en cuenta su nucleo familiar.	Garantizar la oportunidad de citas con psicologia para poblacion en situacion de deplazamiento y otros hechos victimisantes	Cumplimiento de las consultas programadas	100%	100% 0 mas de atenciones de las consultas programadas por psicologia	Coordinacion UNAP		
		contribuir y matener la mortalidad Materna	reducir o mantener la mortalidad materna en no mas de 3 casos por año, durante el trienio.	numero de muertes maternas /numero de nacidos vivos x 1000	tasa: 0.8 x c/da 1000 nacidos vivos	tasa 0	Censo trimestral de gestantes por EAPB según contratación. Canalización mensual de gestantes mediante visitas domiciliarias. Seguimiento trimestral a la aplicación de la norma en la atención de la embarazada. Seguimiento de inscitas nuevas al programa de deteccion temprana de alteraciones del embarazo y gestantes de alto riesgo.	Identificar a la poblacion gestante adscrita a los servicios del hospital del sarare, induccion a la demanda, censo poblacional, inclusion al control prenatal.	porcentaje de gestantes identificadas	88.9%	90%	Coordinacion UNAP	
Estándar 16. Código: (AsREG1)													

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CODIGO DANE:		81												
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo												
					PLAN DE ACCION AÑO 2017									
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019									
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:														
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)				
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>														
DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA	<p>Esta estandarizado el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. Se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye información al usuario acerca de los aspectos concernientes a su registro, estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso y egreso.</li> <li>Incluye el uso de controles de identificación redundante. Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:</li> </ul>	Documentar el proceso de registro y admisión de usuarios en todos los servicios, teniendo en cuenta todo los solicitada en el estándar.				Dar continuidad al proceso de registro y admisión en todas las áreas que aplique y todas las sedes.	Todos los usuarios que apliquen a los servicios de promoción y prevención deben ser remitidos desde los servicios SIAU, facturación, unidad móvil, consulta externa, urgencias y áreas de hospitalización.	% de usuarios remitidos a los servicios de promoción y prevención de la ESE.	90%	90%	Coordinacion UNAP			
	<p>Estándar 20. Código: (AsEV2)</p> <p>La organización, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los usuarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se aseguran directrices y / o procedimientos para evaluar la necesidad de la prevención de enfermedades y promoción de la salud para todos los usuarios independientemente del diagnóstico, incluida la prevención de infecciones.</li> </ul> <p>1 Se evalúa para cada usuario la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en especial si es la primera vez que el usuario entra en contacto con la organización o con el sistema de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La necesidad es revisada de conformidad con los cambios en el estado del paciente o por solicitud del mismo.</li> </ul> <p>1 La identificación de la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud se realiza atendiendo las condiciones sociales del usuario y sus antecedentes culturales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El equipo de salud responsable de la atención del usuario conoce las necesidades del usuario para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.</li> </ul> <p>1 Se desarrollan estrategias de atención integral que incluyen los programas de promoción y prevención y las acciones resolutivas. Se evalúa el cumplimiento de los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad vigente y se miden la adherencia de los usuarios y los resultados en salud.</p> <p>2. Se evalúa la adherencia de los colaboradores a las guías.</p> <p>3. Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos.</p>	1. Seleccionar posibles grupos poblacionales susceptibles de programas de promoción y prevención interinstitucional.				continuidad a los programas interinstitucionales en el area de PROMOCION Y PREVENCIÓN.	Coordinar programas interinstitucionales de promoción y prevención.		50%	o mas de cumplim	Coordinacion UNAP			

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CODIGO DANE:		81											
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo											
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL		PLAN DE ACCION AÑO 2017									
SECTOR DEL PDD:		SALUD		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019									
PROGRAMA DEL PDD:													
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL													
DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Garantizar la rentabilidad financiera de la institución.	Cumplimiento de metas según contratación vigente de acciones de PYP			establecer metas mensuales según matrices de programación de las actividades de promoción y prevención.	Realizar búsqueda y canalización de los usuarios sujetos a la contratación para la realización de las actividades de promoción y prevención según normatividad.		80%	o mas de cumplir	Coordinacion UNAP		
		Aumentar la satisfacción del usuario.	Basado en el reporte de bimensual de quejas y reclamos y semestral de satisfacción al usuario se implementara estrategias para mejorar la atención en los servicios de promoción y prevención.			Analizar estudios de satisfacción para conocer las fallas del porque la insatisfacción.	De acuerdo a los resultados generar estrategias para aumento de la satisfacción que este al alcance del area de promoción y prevención.	Actividades de mejora realizadas de acuerdo al resultado de los estudios de satisfacción de los servicios.	82%	90%	Coordinacion UNAP		
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Actualización y seguimiento los documentos asociados a las actividades de promoción y prevención.			Evaluacion Documentos generados en el SIG, y actualizarlos en el caso de que esten desactualizados (actualizar la caracterización del proceso)	Actualizar y socializar los documentos del PROMOCION Y PREVENCIÓN del SIG.		90%	95%	Coordinacion UNAP		
		Mantener actualizados los sistemas de información.				Generar Informes estadísticos al día y reportar a los entes a que haya lugar.	Reportes semanales y mensuales al sistema nominal PAI WEB, Alimentación de SISVAN, Reportes de las actividades de detección temprana y protección específica. Enfermedades de interés en salud pública en el aplicativo 4505 2012.		100%	100% de cumplimiento	Coordinacion UNAP		
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con la Atención en promoción y prevención bimensualmete.	Cumplir con el 100% de las actividades de capacitación del talento humano programadas.	Porcentaje de cumplimiento	90%	100%	Coordinacion UNAP		

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE:		81											
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo			PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017								
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019								
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:													
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>													
SALUD ORAL	disminuir el índice de 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%	odontólogos E HIGIENISTAS.		
						Garantizar el acceso a los servicios de salud oral.	50% de la población menor de 12 años atendida en salud oral (contratada)	% de cumplimiento de población atendida menor de 12 años		60%	ODONTOLOGOS E HIGIENISTAS		
						Promoción de la salud oral a través de programa radial.	12 actividades por año	TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS/TOTAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS	100%	80%	odontólogos e higienistas		
	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.	continuar con la estrategia de educación en salud oral a través de folletos educativos	porcentaje de educaciones realizadas			realizar educación en salud que acude por primera vez a la atención odontológica.	80% de los usuarios de primera vez	usuarios que se les realiza educación en salud oral/ usuarios de primera vez en odontología e higiene oral.		80%	odontólogos e higienistas		
	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.	2. Realizar la verificación del cumplimiento del plan de tratamiento seguro, a través de la auditoría de la historia clínica y de verificación en campo	Historias Clínicas Auditadas/Total de Historias Clínicas			Realizar auditoría a la historia clínica para verificar la efectividad del tratamiento	Realizar trimestral al 5% de la historias clínicas de usuarios con tratamiento terminado	Historias Clínicas Auditadas/Total de Historias Clínicas	0%	50%	Lider del proceso		
	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 atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"><li>Portafolio de servicios de la institución.</li><li>Detección de necesidades y expectativas del usuario y su familia.</li><li>Mecanismos para medir la adherencia al plan de tratamiento.</li><li>Indicadores de efectividad y oportunidad.</li></ul>	2. Realizar revisión, ajuste y análisis al indicador de oportunidad en la atención de odontología	Sumatoria total de días transcurridos en que el paciente solicita la cita para ser atendido y la fecha para la cual se le asigna la cita/numero total de citas asignadas en la institución			Mantener actualizado indicador oportunidad en la atención de odontología e Higiene Oral	Asignación de Citas con oportunidad entre 1-3 días	Sumatoria total de días transcurridos en que el paciente solicita la cita para ser atendido y la fecha para la cual se le asigna la cita/numero total de citas asignadas en la institución	75%	80%	Lider del proceso		
	Aumentar la satisfacción del usuario.				Analizar estudios de satisfacción para conocer las fallas del porque la insatisfacción	De acuerdo a los resultados generar estrategias para aumento de la satisfacción que este a nuestro alcance del área de odontología e Higiene Oral		80%	80%	Lider del proceso			
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Porcentaje de documentación Actualizada			Evaluación Documentos generados en el SIG, y actualizarlos en el caso de que estén desactualizados (actualizar caracterización del proceso)	Actualizar y socializar los documentos del SIG	Porcentaje de documentación Actualizada	90%	90%	Lider del proceso			

<b>DEPARTAMENTO:</b>		ARAUCA												
<b>CODIGO DANE:</b>		81												
<b>PLAN DE DESARROLLO:</b>		Humanizando el Desarrollo												
<b>DIMENSION DEL PDD:</b>		SOCIAL			<b>PLAN DE ACCION AÑO 2017</b>							<b>META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019</b>		
<b>SECTOR DEL PDD:</b>		SALUD												
<b>PROGRAMA DEL PDD:</b>														
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)				
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>														
SALUD ORAL	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Mantener actualizados los sistemas de información.	Informes generados Oportunamente/ Totalidad de Informes Solicitados al area			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	Informes generados Oportunamente/ Totalidad de Informes Solicitados al area	90%	90%	Lider del proceso			
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Numero de Capacitaciones Realizadas/Total de Capacitaciones del Area			Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con odontologia e Higiene Oral	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion Realizar por lo menos una capacitacion mediante plataforma virtual sobre temas relacionados al area	Numero de Capacitaciones Realizadas/Total de Capacitaciones del Area	70%	80%	Lider del proceso			

DEPARTAMENTO:		ARAUCA													
CODIGO DANE:		81													
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo													
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019											
SECTOR DEL PDD:		SALUD													
PROGRAMA DEL PDD:															
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)					
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>															
APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION	Brindar servicios a los usuarios de rehabilitación, con criterios de calidad, éticos, oportunos y seguros para el manejo integral del paciente.	MANTENER EN UN 80% LA SATISFACIÓN DEL DEL USUARIO CON LA PRESTACION DEL SERVICIO DE REHABILITACION INTEGRAL	Satisfacción del usuario = pacientes encuestados / pacientes satisfechos			promocionar el examen de espirometria por el servicio de terapia respiratoria e incrementar una atencion de 100 estudios mensualmente para una meta del 100%	100%	exámenes facturados/estudios facturados	100%	100%	terapeuta respiratoria				
						hacer mejoras en los servicios de rehabilitacion	Solicitud a la alta direccion en mejoras de area de Rehabilitacion.	Servicio mejorado-Solicitud demejoramiento	100%	100%	Líder de proceso				
						brindar asistencia profesional a los programas u/o proyectos direccionados por el hospital.	La totalidad de los programas	programas institucionales/ actividades ejecutadas	100%	100%	fisioterapeutas				
						seguimiento de propuesta del programa de rehabilitacion cardiovascular que ya fue documentado a la administracion.	10%		10%	10%	lider de proceso				
						Aumentar la cobertura en atencion en los servicios de rehabilitacion.( terapia fisica: (13090 SESIONES AÑO), terapia ocupacional : (2618 SESIONES AÑO), Terapia de Lenguaje: (3692 SESIONES AÑO), Audiologia (909 SESIONES AÑO),Terapia Respiratoria: (13090 SESIONES AÑO)	Cumplir con las coberturas establecidas	total sesiones realizadas.	70%	70%	lider de proceso				
	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Aumentar la satisfacción del usuario.					Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios		quejas respondidas/total de quejas del Area de rehabilitacion	80	80				
							Realizar evaluacion de guias, manuales y protocolos, y actualizar socializar e implantar las que esten desactualizadas (Realizar actualización de Caracterización del proceso)	Actualizar y socializar los documentos del proceso	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso	90%	95%	Grupo de Rehabilitación			
							Mantener actualizados los sistemas de informacion.	Seguimientos a informes estadisticos, Evolucionar y escribir en la historia clinica todo lo que se hace en el dia a dia	Mantener actualizado la informacion estadistica y el software Dynamica	porcentaje de informes estadisticos realizados	100%	100%	Grupo de Rehabilitación		
							Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	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 sobre temas relacionados con rehabilitacion	cant capacitaciones realizadas/ total de capacitaciones establecidas para el area de rehabilitación	80%	80%	Grupo de Rehabilitación		
							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..					Actualizar el procedimiento de referencia y contrareferencia la remision de pacientes de rehabilitacion..	Documento Actualizado	Porcentaje de Avance de documento

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CODIGO DANE:		81												
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo			PLAN DE ACCION AÑO 2017									
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019									
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:														
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)				
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>														
OFICINA JURÍDICA	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.	sensibilización al cliente externo de nuestros servicios			Programas radiales para mantener a nuestros usuarios con la información exacta de los servicios prestados por la institución	sensibilizar al 100% de la población de usuarios sobre el servicio prestado	Sensibilización de usuarios	0	60				
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.				Actualizar documentos del proceso de jurídica a versión 2017	Actualizar en un 90% los documentos del proceso jurídico	No documentos actualizados/Total procesos definidos en el proceso.	0	90%				
		Mantener actualizados los sistemas de información.	Mantener actualizados los sistemas de información			cumplir y capacitar, actualizar los sistemas de información en cuanto al cumplimiento de los objetivos, institucionales	mantener al día la actualización de los sistemas de información	cumplimiento de los objetivos institucionales	90	100				
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	buena atención al usuario por parte de los trabajadores de la ESE			*Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución en aspectos relacionados *Realizar por lo menos una capacitación mediante plataforma virtual u otros medios todos los colaboradores del proceso	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados	1 capacitación por cada funcionario del área	100	100				
	ACOMPANIAMIENTO Y ASESORÍA A TODAS LAS DEPENDENCIAS DE LA ENTIDAD	Dar respuesta oportuna a todos los requerimientos realizados					*Recepcionar derechos de petición *Dar respuesta clara eficaz al destinatario	Dar respuesta oportuna de fondo a los mismos dentro de los terminados señalados por la Ley	No de derechos de petición contestados/No de derechos de petición recibidos	NLB	100%			
							Responder dentro del término legal todas las acciones de tutelas impetradas en contra del hospital		No de tutelas contestadas/No de tutelas recibidas	NLB	100%			
							Dar respuesta a todos los requerimientos de los organismos de control relacionados con la oficina jurídica.		No de requerimientos contestados/No requerimientos recibidos	NLB	100%			
	Llevar la representación legal en las controversias judiciales, en las cuales la administración municipal es parte, con el fin de actuar en derecho y velar por los intereses del hospital.	Defensoría Legal					Ejercer control y seguimiento de los procesos que cursan en contra de la Entidad	atender el 100% de los procesos que cursan a favor o en contra de la entidad en materia jurídica.	Numero de demandas perdidas en la vigencia/total de demandas en curso	NLB	5%			
							Buscar pruebas para ejercer una buena defensa							
							Responder dentro del término legal							
Revisar los procesos contractuales, con el fin de garantizar el cumplimiento del manual de contratación de la ESE y demás normas legales aplicables	Proyectar, revisar y monitorear los contratos que deba suscribir la entidad en la vigencia de acuerdo a las exigencias del Manual de contratación de la ESE	Que todos los contratos cumplan con los requisitos de la Ley y el manual de contratación de la ESE				*Realizar, asesorar el proceso de contratación en sus fases precontractual, contractual y poscontractual	100% de cumplimiento del manual de contratación.	(No contratos proyectados y/o solicitados/ No contratos realizados de conformidad con el manual)	100	100				
Sistemas de Información	Reportar información a los diferentes entes de control, verificando su calidad y oportunidad					*Reporte de información del Decreto 2193 de 2004 SIHO *Plataforma SIA OBSERVA *Plataforma Gobernación *SECOB *Reporte informe anual contraloría Arauca	realizar el 100% del reporte de información a organismos de control y vigilancia de responsabilidad de la oficina jurídica.	(Numero de reportes a entes de control efectuados, en el periodo/ numero de reportes a efectuar en el periodo)	90	100				

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CODIGO DANE:		81											
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo											
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019									
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:													
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL													
IAAS	Implementar y cumplir los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Total de procesos desarrollados/Total de procesos planteados	95,00%	100%	Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar y socializar los documentos de IAAS	Porcentaje de acciones ejecutadas/acciones programadas	95,00%	100%	Responsable de IAAS		
		Mantener actualizados los sistemas de información.	Sistemas de información actualizados/Total de sistemas de información	100,00%	100%	Llevar estadísticas al día		Número de actualizaciones a cada sistema de información/Tiempo	100,00%	100%	Responsable de IAAS		
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Personal capacitado/Total de personal	100,00%	100%	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	Número de asistentes a capacitaciones/ Total del personal	100,00%	100%	Responsable de IAAS		
	Estándar 39. Código: (AsPL18) 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:  <ul style="list-style-type: none"> <li>Admisión y transporte intra e interinstitucional de los pacientes con infección.</li> <li>Estandarización, implementación y seguimiento a la adherencia de técnicas de aislamiento.</li> <li>Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, quimioterapia o nutrición parenteral.</li> <li>Profilaxis antibiótica.</li> <li>Uso racional de antibióticos.</li> <li>Uso de perfil de resistencia antibacteriana.</li> <li>Protocolos de desinfección.</li> <li>Reportes de cultivos de superficie.</li> <li>Acciones del comité de vigilancia epidemiológica.</li> <li>Acciones en el caso de brotes infecciosos.</li> <li>Ajuste de guías de práctica clínica con base en perfil de resistencia bacteriana.</li> <li>Proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas:</li> </ul> 1 Definición de infecciones asociadas al cuidado de la salud.	Total de procesos(reuniones mensuales) desarrollados/Total de procesos(reuniones mensuales) planteados	95,00%	100%	Revisar y ajustar la conformación del comité de infecciones, periodicidad de reuniones, responsabilidades y funciones.	Actualizar y socializar los documentos del proceso de pervención y control de IAAS.	Total de procesos(reuniones mensuales) desarrollados/Total de procesos(reuniones mensuales) planteados	95,00%	100%	Responsable de IAAS			
		Total de procesos(documentos protocolos, procesos, guías, etc) desarrollados/Total de procesos(documentos protocolos, procesos, guías, etc) planteados	90,00%	100%	Elaboración y revisión de los documentos ya sean protocolos o procedimientos solicitados en el estándar, en especial manual de bioseguridad, protocolo de limpieza y desinfección, manejo de residuos peligrosos etc.	Actualizar y socializar los documentos del proceso de pervención y control de IAAS.	Total de procesos(documentos protocolos, procesos, guías, etc) desarrollados/Total de procesos(documentos protocolos, procesos, guías, etc) planteados	90,00%	100%	Responsable de IAAS			
		Total de procesos(reuniones mensuales) desarrollados/Total de procesos(reuniones mensuales) planteados	100%	100%	Socializar nuevas directrices del comité de infecciones	Actualizar y socializar los documentos del proceso de pervención y control de IAAS.	Total de procesos(reuniones mensuales) desarrollados/Total de procesos(reuniones mensuales) planteados	100%	100%	Responsable de IAAS			
		Total de procesos(documentos protocolos, procesos, guías, etc) socializados desarrollados/Total de procesos(documentos protocolos, procesos, guías, etc) planteados	90,00%	100%	Socializar todos los documentos actualizados o elaborados.	Actualizar y capacitar sobre los documentos del proceso de pervención y control de IAAS.	Total de procesos(documentos protocolos, procesos, guías, etc) socializados desarrollados/Total de procesos(documentos protocolos, procesos, guías, etc) planteados	90,00%	100%	Responsable de IAAS			

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CODIGO DANE:		81											
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo											
		<b>PLAN DE ACCION AÑO 2017</b>											
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			<b>META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019</b>								
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:													
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>													
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"> <li>Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes de la organización.</li> <li>El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización.</li> <li>El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.</li> <li>Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones.</li> <li>El personal de la organización recibe inducción, reincusión y</li> </ul>		Total de procesos(documentos protocolos, procesos, guías, etc) implementados/Total de procesos(documentos protocolos, procesos, guías, etc) planteados	100%	100%	Implementar los lineamientos establecidos en los documentos actualizados o elaborados	Implementar los documentos del proceso de pervención y control de IAAS.	Total de procesos(documentos protocolos, procesos, guías, etc) planteados	100%	100%	Responsable de IAAS		
			Total de documentos o herramientas elaboradas /Total de documentos o herramientas planteados.	100%	100%	Elaborar herramienta y metodología para evaluar adherencia a los documentos actualizados	Elaborar herramienta y metodología para evaluar adherencia a los documentos actualizados	Total de documentos o herramientas elaboradas /Total de documentos o herramientas planteados.	100%	100%	Responsable de IAAS		
			Total de documentos o herramientas evaluados /Total de documentos o herramientas planteados.	100%	100%	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.	Total de documentos o herramientas evaluados /Total de documentos o herramientas planteados.	100%	100%	Responsable de IAAS		
	<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"> <li>Desde el acceso, se hace identificación de riesgos de la atención de acuerdo con el tipo de usuario.</li> <li>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.</li> <li>Se hacen mediciones de demanda insatisfecha y se toman acciones que demuestran su reducción</li> </ul>	Diseñar e implementar los mecanismos para la identificación de riesgos.	Total de procesos(reuniones mensuales) desarrollados/Total de procesos(reuniones mensuales) planteados	85%	100%	Evaluar de acuerdo a la morbilidad ,reporte de evento adverso, reporte de quejas, inspección directa etc., que se deben identificar desde el acceso			85%	100%	Responsable de IAAS		
	<p>Estándar 21. Código: (AsEV3)</p> <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"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>La organización prevé mecanismos para prevenir riesgos de diseminación de infecciones.</li> <li>La organización realiza monitoreo permanente de la adherencia a las técnicas especiales de aislamiento por parte de los</li> </ul>	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.	Total de procesos elaborados/Total de procesos planteados	100%	100%	Elaborar protocolo para aislamiento de pacientes incluyendo la codificación por colores que se va a utilizar	100%	Total de procesos elaborados/Total de procesos planteados	100%	100%	Coordinadora IAAS Coordinadores de area		
			Personal capacitado/Total de personal	95%	100%	Diseñar estrategias para socialización del protocolo y para la identificación de los diferentes tipos de aislamiento	100%	Personal capacitado/Total de personal	95%	100%	Coordinadora IAAS Coordinadores de area		
			Personal capacitado/Total de personal	75%	100%	Socializar el protocolo de aislamiento a todos los colaboradores, usuarios y familia	80%	Personal capacitado/Total de personal	75%	100%	Coordinadora IAAS Coordinadores de area		
			Personal capacitado/Total de personal	95%	100%	Implementar el protocolo de aislamiento en la institución	90%	Personal capacitado/Total de personal	95%	100%	Coordinadora IAAS Coordinadores de area		
			Total de mecanismos o herramienta diseñados/Total de mecanismos o herramienta planteados	95%	100%	Diseñar mecanismo o herramienta para evaluación de adherencia al protocolo de aislamiento	90%	Total de mecanismos o herramienta diseñados/Total de mecanismos o herramienta planteados	95%	100%	Coordinadora IAAS Coordinadores de area		

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CODIGO DANE:		81											
PLAN DE DESARROLLO:		Humanizando el Desarrollo											
		PLAN DE ACCION AÑO 2017											
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:2017-2019								
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:													
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-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
<b>SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL</b>													
IAAS	<p>colaboradores, difunde sus resultados y estimula el mejoramiento continuo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Existen técnicas e instrucciones para que familiares y visitantes cumplan con las técnicas de aislamiento.</li> <li>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.</li> </ul>	<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>	Personal evaluado/Total de colaboradores de la institucion	95%	100%	Evaluar adherencia al protocolo de aislamiento institucional.	90%	Personal evaluado/Total de colaboradores de la institucion	95%	100%	Coordinadora IAAS Coordinadores de area		
			Total de informe de costos de elementos e insumos /Total de procesos planteados	100%	100%	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	100%	Total de informe de costos de elementos e insumos /Total de procesos planteados	100%	100%	Coordinadora IAAS Coordinadores de area		
			Total de informes desarrollados/Total de procesos planteados	80%	100%	Entregar informe a la subdirección administrativa de manera que se destinen los recursos económicos necesarios para aislamientos en la institución	100%	Total de informes desarrollados/Total de procesos planteados	80%	100%	Coordinadora IAAS Coordinadores de area		