

PROCESO	SEGUIMIENTO_INSTITUCIONAL		SUBPROCESO		CALIDAD			VIGENCIA		2020				CUMPLIMIENTO		
Plataforma Estratégica			MEDICION			seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		100%	EXCELENTE	
ENLACE ESTRATEGICO	DESCRIPCION	Actividad/Accion de mejora	INDICADOR O PRODUCTO	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
SISTEMA OBLIGATORIO DE LA CALIDAD	Sistema único de Acreditación PAMEC	Realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación según lo estipulado por la resolución 5095 de 2018	Informe	SI	SI	100%	Se evidencia autoevaluación para la vigencia 2021 con una calificación de 1,17							100%	EXCELENTE	
		Elaborar PAMEC para la vigencia 2021	Documento elaborado	SI	SI	100%	Se evidencia Elaboración de PAMEC para la vigencia 2021, con un total de 90 Acciones de Mejora Priorizadas							100%	EXCELENTE	
		Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas en el PAMEC	Numero de seguimientos	2	2			50%	Se evidencia Seguimiento Semestral				50%	Se evidencia Seguimiento Semestral	100%	EXCELENTE
		Obtener un Cumplimiento del PAMEC Igual o superior al 90%	% Cumplimiento	85%	90%								100%	Se evidencia 83 acciones Completadas, 3 en desarrollo y 6 no iniciadas, para un cumplimiento del 90%	100%	EXCELENTE
	Sistema Unico de Habilitación	Realizar minimo 1 auditoria de cumplimiento de las condiciones de habilitación de los servicios de acuerdo a lo estipulado en la resolución 3100 de 2019; de Acuerdo al Plan de Auditoria Aprobado	(Numero de auditorias/numero de servicios habilitados)*100		100%	100%					50%	Se evidencia auditoria de los estándares de Habilitación de la Resolución 3100 de 2019, aplicada a los diferentes servicios del Hospital del Sarare	50%	Se evidencia auditoria de los estándares de Habilitación de la Resolución 3100 de 2019, aplicada a los diferentes servicios del Hospital del Sarare	100%	EXCELENTE
		Atender Satisfactoriamente visitas de auditoria externas del SOGCS	Planes de Mejoramiento Formulados/Total de Auditorias Externas	65%	95%	25%	Se recibe auditoria externa por parte de la UAESA el 25 de Febrero, en la cual se revisaron los 7 estándares de Habilitación y solo se encontraron cuatro Hallazgos. Se recibe visita por parte de la Foscal en el Mes de Marzo con un resultado SATISFACTORIO	25%	Se recibe auditoria por parte de Coosalud en el Mes de mayo con un Porcentaje de cumplimiento 90.5%. Se recibe visita por parte de UAESA en el Mes de Junio, Cumplimiento de los siete estándares de habilitación para el servicio de Vacunación	25%	Se recibe auditoria por la Nueva EPS en los meses de Agosto y Septiembre, con un resultado SATISFACTORIO. Así mismo se recibe auditoria de UAESA, para revisión de la implementación de la Res 3280, con un cumplimiento del 90%	25%	Se recibe en el mes de Noviembre auditoria EXTERNA por parte de UAESA para Verificación técnica plan de mantenimiento Hospitalario Infraestructura con un resultado Satisfactorio.	100%	EXCELENTE	
	Sistema Unico de Información	Realizar Seguimiento al Reporte Oportuno de Indicadores exigidos por la Normatividad legal Vigente	Reportes generados/total de Reportes establecidos	70%	90%	25%	Se evidencia reporte mensual a través de correo electrónico de los indicadores a las diferentes EAPB y Reporte trimestral al ministerio a través de la plataforma SIHO	25%	Se evidencia reporte mensual a través de correo electrónico de los indicadores a las diferentes EAPB y Reporte trimestral al ministerio a través de la plataforma SIHO	25%	Se evidencia reporte mensual a través de correo electrónico de los indicadores a las diferentes EAPB y Reporte trimestral al ministerio a través de la plataforma SIHO	25%	Se evidencia reporte mensual a través de correo electrónico de los indicadores a las diferentes EAPB y Reporte trimestral al ministerio a través de la plataforma SIHO	100%	EXCELENTE	

PROCESO	PLANEACION		SUBPROCESO		PLANEACIÓN				VIGENCIA		2020				CUMPLIMIENTO	
	Plataforma Estratégica		MEDICION		seguimiento 1				seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		83%	SOBRESALIENTE
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	Actividad/Accion de mejora	INDICADOR o RESULTADO	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Politica de Planeación Institucional	Realizar y Publicar los Planes pertenecientes al Area de Planeación Contenidos en el Decreto 612 de 2018	Documentos Aprobados y Publicados	SI	SI	100%	Se evidencia publicación en página web http://www.hospitaldel sarare.gov.co/publicaciones/planeacion/C3%B3n.html							100%	EXCELENTE	
		Hacer Seguimiento Cuatrimestral de los Planes	Seguimientos realizados /Seguimientos Programados	4	4	33%	Se evidencia Seguimiento			33%	Se evidencia Seguimiento	33%	Se evidencia Seguimiento	99%	EXCELENTE	
		Realizar evaluación del MIPG a través del FURAG	Formulario diligenciado	SI	SI	100%	Se evidencia formulario diligenciado en el link https://app.powerbi.com/view?r=evrjioj2GF2							100%	EXCELENTE	
Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Subcomponente de Riesgos de Corrupción	Socializar la política de Gestión de Riesgos	Líderes y Coordinadores socializados/total de Líderes	75%	90%									0%	NO INICIADO	
	Subcomponente de Racionalización de Trámites	Actualizar los trámites del Hospital del Sarare ESE en el aplicativo Sistema Único de Información de Trámites - SUIT	Tramites Actualizados/total de tramites que requieren Actualización	75%	100%	100%	Se evidencia actualización en la plataforma del SUIT							100%	EXCELENTE	
Objetivos Institucionales		Realizar la formulación de Proyectos de Inversión	Proyectos Aprobados por ministerio Salud	1	1							100%	Se recibe concepto de Aprobación del Proyecto "RENOVACIÓN DE TECNOLOGIAS BIOMEDICAS PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, CIRUGIA GENERAL E IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL DEL SARARE DEL MUNICIPIO DE SARAVERENA DEPARTAMENTO DE ARAUCA", a través del Radicado MSPS 202142301945922; el proyecto es viabilizado por valor de \$ 13.495.278.300	100%	EXCELENTE	

PROCESO	TALENTO_HUMANO		SUBPROCESO		TALENTO HUMANO			VIGENCIA		2021				CUMPLIMIENTO		
	Plataforma Estratégica		MEDICION		seguimiento 1			seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		100%	EXCELENTE	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	Actividad/Accion de mejora	INDICADOR o RESULTADO	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
Plan de gestión	PAMEC	Implementar en los procesos de induccion y reintuccion el codigo de etica e integridad.	Formato de induccion actualizado	0	1			100%	29-04-2021 Se cuenta con formato de Inducción THS-00-F06 Revisión No 3. En cual se ha incluido en temática a tratar Código de integridad y ética en subproceso TH. Los videos se cuenta con 5 de la vigencia de los cuales Sistemas los están ubicandos en la compartida \\192.168.1.4\induccion sarare					100%	EXCELENTE	
		Documentar el Manual de prevision de recurso humano (teniendo en cuenta: Mejoramiento de la seguridad del paciente, humanizacion, Gestion del riesgo y tecnologia, relacion a la demanda del servicio y	Documento Aprobado	0	1			100%	23/06/2021 Se recibe documento Manual prevision de empleo y la resolución de adopción. (Oficina de Calidad)					100%	EXCELENTE	
		Capacitar al Talento Humano relacionada con docencia e investigacion para las practicas formativas.	# de funcionarios capacitados/Total de funcionarios con relacion directa de docencia	0%	50%			0%	23/08/2021 No se tiene avance, pero la universidad esta presentando algunas ofertas de formación.			100%	21/10/2021 se recibe informe de capacitaciones realizadas en el marco de Docencia servicio.	100%	EXCELENTE	
		Documentar la relacion de Docencia y servicio	Documento Aprobado	0	1			100%	Se adopta política docencia servicio mediante resolución No 128 del 31 de mayo 2021, se cuenta con documentos: proceso docencia-servicio, procedimiento planificación programas, procedimiento suscripción de convenios, procedimiento inducción estudiante, procedimiento supervisión estudiantes. Ruta ubicación \\192.168.1.4\CapetaCalidad Version01\01. PROCESOS ESTRATEGICOS\2.THU-GESTION ESTRATEGICA DEL TALENTO HUMANO\1.THU-00 - TALENTO HUMANO\DOCENCIA SERVICIO HS					100%	EXCELENTE	
		Documentar los mecanismos de supervision en las practicas formativas	Documento Aprobado	0	1			100%	Se elaboró documento THS-00-P10 Procedimiento para supervisión de personal en formación.						100%	EXCELENTE
		Documentar el Numero de practicantes en formacion por numero de usuarios y/o capacidad instalada de la institucion y por programa.	Documento Aprobado	0	1			100%	Se elaboró procedimiento THS-00-P12 Autoevaluación de capacidad instalada-asignación de cupos docencia servicio.						100%	EXCELENTE



		Crear el comité de investigación institucional que garantice el respeto de los derechos de los usuarios y los principios éticos en los procesos de investigación que se realice.	Acto administrativo de conformación de comité	0	1			100%	19/05/2021 Con lider de calidad se realiza revisión y se opta por actualizar resolución de docencia y servicio e incluirle tompicos para comité de investigación y unificar.31/05/2021 se recibe soporte acto administrativo de conformación: Resolución No 127 del 31 de Mayo de 2021, donde se actualiza el comité docencia incluyendo funciones de comité de investigación.					100%	EXCELENTE	
Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Política de Talento Humano	Formular y ejecutar Plan de Capacitación Insititucional	Numero de Capacitacione s Programadas/Número de Capacitaciones Ejecutadas	0	90%											
		Formular y ejecutar Plan de Bienestar Insititucional	Numero de Acciones Programadas/Número de Acciones Ejecutadas	0	90%											

Cumplir con la normatividad de Gestión Documental Asociada al manejo de Historia Laboral

PROCESO	JURIDICA		SUBPROCESO				VIGENCIA				2021				CUMPLIMIENTO			
Plataforma Estratégica			MEDICION				seguimiento 1				seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		89%	EXCELENTE
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	Actividad/Acción de mejora	INDICADOR O PRODUCTO	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO			
Plan de Desarrollo	Elaboración de Plan de Acción de Defensa Jurídica	Definición y Contratación de Polizas para el amparo del Hospital del Sarare.	Polizas adquiridas	1	1	100%	Se realiza la adquisición de: *Poliza de Aseguramiento de Bienes. *Polizas de Vehiculos. *Poliza de responsabilidad Civil Extra contractual Institucional. *Se exige poliza de responsabilidad Civil Extracontractual a cada Funcionario del area asistencial, en marco de la política de Defensa Jurídica							100%	EXCELENTE			
		Realizar la Contratación de un abogado externo, como apoyo en la representación Judicial de los Procesos que se encuentran en Curso contra la entidad en la vigencia 2021	Contrato de Profesional	1	1	100%	Se realizó Contratación de una Abogada externa, para toda la vigencia 2021(Enero - Diciembre) como apoyo en la representación Judicial de los Procesos que se encuentran en Curso contra la entidad							100%	EXCELENTE			
		Realizar reunión Periodica con el comité de Conciliación para revisar el Estado de los Porcesos Judiciales	# de Reuniones Programadas /Número de Reuniones Realizadas	50	75%	25%	Se realiza reunión del Comité	25%	Se realiza reunión del Comité	25%	Se realiza reunión del Comité	25%	Se realiza reunión del Comité	100%	EXCELENTE			
		Realizar Capacitaciones al personal asistencial en temas relacionados con la política de defensa Jurídica	# de Reuniones Capacitaciones /Número de Capacitaciones Realizadas	50	75%						Se evidencia socialización de la Política de Daño antijurídico al servicio de Cirugía	25%		25%	INSUFICIENTE			
		Realizar Informe del Estado de Procesos Judiciales en Contra de la Entidad	Documento Informe	0	1								100%	Se evidencia Informe con un total de 72 procesos en contra del Hospital, con un valor en pretenciones de 3.377.122.409.242; con su respectivo estado.	100%	EXCELENTE		



CODIGO

PLA-00-F09

REVISIÓN No.

1

FORMATO PLAN DE ACCIÓN

Plan de Gestión	PAMEC	Documentar el proceso de diligenciamiento de consentimiento informado	Documento aprobado	0	1							100%	Se elaboró protocolo de Diligenciamiento de consentimiento informado GCL-00-T07	100%	EXCELENTE
		Documentar el proceso de monitorización, seguimiento y auditoría a todos los proveedores de servicios contratados	Documento aprobado	0	1								100%	Se formuló Guía para Supervisión JUR-02-G01.	100%

PROCESO	SERVICIO_AL_CLIENTE		SUBPROCESO	SIAU				VIGENCIA			2021				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica			MEDICION		seguimiento 1				seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		100%	EXCELENTE
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	Actividad/Accion de mejora	INDICADOR o RESULTADO	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
Plan Anticorrupción	Estrategia Antitramites	Implementar Call Center Para la Asignación de Citas telefónicas	Proceso documentado-Registro fotografico	0	1	100%	Se realiza Implementación del Call Center en el primer trimestre							100%	EXCELENTE	
Plan de Gestión	PAMEC	Formular la Guia del Usuario hospitalario	Guia aprobada y publicada	0	1			100%	30/04/2021 Se inició su implementación y se documento procedimiento, se ubica en compartida \\192.168.1.4\CapetaCalidad\Version01\03. PROCESOS DE APOYO\5.SIC- GESTION DEL SERVICIO AL CLIENTE\1.SIC-01-SIAU\5. Procedimientos					100%	EXCELENTE	
		Diseñar un protocolo general de entrega de informacion al usuario y a su familia al momento de ingresa al servicio. Que contenga: la identificacion del personal referente en caso de necesidades de atencion, horarios de visitas y restricciones, horarios de alimentacion, Medidas de seguridad, deteccion de alarmas, conductas ante una posible evacuacion, la secuencia de eventos e inidcaciones acerca del manejo medico, Derechos y deberes, Servicio cubiertos y nocubiertos por el POS, direccionamiento en caso de no tener acceso a servicios POS, Ubicacion en la habitacion y del entorno, aclaracion de dudas e inquietudes, causas de retrasos y tiempo maximo que debe seguir esperando, Medidas de seguridad que involucre usuario y familia, (reporte de situaciones de riesgo),	Documento aprobado	0	1			50%	Con articulación líder Siau se protocolo de entrega de información pero se identificó necesidad de actualizar procedimientos de SIAU como el de solicitud de Historia clinica, atención del usuario, PQR para poder contar con información actualizada en el protocolo general de entrega de información.			50%	Se actualizó Procedimiento PQRSF, y procedimiento de solicitud de Historia clinica, y se actualmente se esta elaborando Protocolo de atención al usuario hospitalario. SIC-01-T02	100%	EXCELENTE	
		Formular 1 indicador de gestion de errores en la entrega de resultados que me permitan hacer seguimiento.	N de indicadores formulados/proyectados *100 Informe semestral de seguimiento	0	100			100%	Se implementa formato Link para registro y seguimiento de entrega de resultados, diariamnete se realiza seguimiento, se elabora informe semestral.				Cerrado en primer seguimiento. A través del formato de seguimiento muestra de patología SIC-01-F19, se realizó de seguimiento al indicador.	100%	EXCELENTE	



Plan de Gestión	PAMEC	Implementar filtro o mecanismos para la identificación de errores en la entrega de resultados.	Procedimiento documentado	0	1				100%	Se implementa formato Link para registro y seguimiento de entrega de resultados, diariamente se realiza seguimiento, se elabora informe semestral.			Cerrado en primer seguimiento. A través del formato de seguimiento muestra de Laboratorios externos SIC-01-F20, se realizó de seguimiento al indicador	100%	EXCELENTE
		Capacitar al personal para dar información correcta y relevante a los usuarios sobre los tramites a realizar al momento de su salida.	Actas socializacion SIAU	de 0	1								100%	Se formuló de Protocolo de atención al usuario hospitalario. SIC-01-T02 el 17/12/2021 se realizó socialización al talento humano SIAU quienes apoyarán la socialización a líderes de diferentes servicios.	100%

PROCESO	GESTION DE SEGURIDAD RECURSOS		SUBPROCESO		AMBIENTAL			VIGENCIA			2021		CUMPLIMIENTO			
	Plataforma Estratégica		MEDICION		seguimiento 1			seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		100%	EXCELENTE	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	Actividad/Accion de mejora	INDICADOR o RESULTADO	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
Plan de Gestión	PAMEC	Realizar 2 campañas sobre el buen uso de los recursos de la institución.	N° de campañas ejecutas/campañas programadas*100 - Informe ejecutivo	0	75			0%	30/05/2021 Se radicó solicitud de gestión del hallazgo. Sin avance			100%	En la Institución se desarrolló Campaña uso racional de Agua y campaña uso racional de energía. Se reciben soportes de ejecución y seguimientos.	100%	EXCELENTE	
		Actualizar la política y objetivos de la Gestion Ambiental Alineadas con el direccionamiento estratégico.	Política actualizada y socializadas con las partes interesadas	0%	1			100%	Se recibe política aprobada bajo resolución No 071 del marzo del 2021.						100%	EXCELENTE
		Documentar el Programa de Cultura Ecologica institucional.	Documento Aprobado	0	1			50%	Líder ambiental implementa actividades del programa, realizó documentación de este, se realizó una primera revisión por calidad, por realizar ajustes y finalizar.			50%	Se formula Programa de cultura ecologica institucional AFT-04-R08.	100%	EXCELENTE	
		Documentar el Programa de reciclaje institucional	Documento Aprobado	0	1			100%	Se cuenta con programa documentado y con evidencias de implementación						100%	EXCELENTE
		Formular la matriz de riesgo y/o impactos ambientales.	Documento Aprobado	0	1			100%	Se cuenta con matriz de riesgo y plan de mejoramiento						100%	EXCELENTE
		Documentar el Programa de Uso racional de Recursos ambientales (luz, agua, ect)	Documento Aprobado	0	1			50%	Líder ambiental implementa actividades del programa, realizó documentación de este, se realizó una primera revisión por calidad, por realizar ajustes y finalizar.	50%	06/09/2021 Líder ambiental realiza entrega de documento programa de uso racional de luz y agua.				100%	EXCELENTE
		Formular el programa de conservación del medio ambiente institucional.	Documento Aprobado	0	1			100%	Líder ambiental elabora documento programa Ambiental de uso eficiente y ahorro de papel.					Se formuló Programa de conservación de medio ambiente institucional AFT-04-R04.	100%	EXCELENTE
		Diseñar formatos, indicadores de evaluación de gestión ambiental.	Documento Aprobado	0	1			0%	Sin avance			100%	Se formuló Matriz de indicadores de gestión ambiental. Se formularon indicadores.	100%	EXCELENTE	
		Realizar cronograma de capacitación al personal asistencial sobre disposición final de residuos Hospitalarios.	Cronograma de capacitación PROYECTADO: N° de capacitaciones formuladas/N° de capacitaciones realizadas x 100	0	75%			30%	Líder de gestión ambiental realiza planeación de la capacitación basado en la información documentada del programa.			70%	Se elaboró cronograma donde se planeó desarrollo de dos ciclos de capacitación. Se presentan soportes registro fotográfico y asistencias.	100%	EXCELENTE	

PROCESO	GESTION DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD		SUBPROCESO	GESTIÓN DEL RIESGO				VIGENCIA				2021		CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica			MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		95%	EXCELENTE	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	Actividad/Accion de mejora	INDICADOR O PRODUCTO	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
Plan de Gestión	PAMEC	Realizar 3 actividades de promocion y prevencion en la sede A.	Informe ejecutivo	0	1			0%	02/05/2021 Se realizó reunión con Jefe Angelica y Jhanett, se reforzó explicación de metodología de las actividades, para lo cual no se identifica avance pero se comprometen a estructura y documentar la actividad ya que tiene algunos auxiliares y jefes realizando demanda inducida de PYP en los servicios pero no de manera estructurada.					100%	EXCELENTE
		Implementar grupo hospitalario para las actividades de PYP durante la internación	Informe de actividades realizadas en el area hospitalaria	0	1			0%	02/05/2021 Se realizó reunión con Jefe Angelica y Jhanett, se reforzó explicación de metodología de las actividades, para lo cual no se identifica avance pero se comprometen a estructura y documentar la actividad ya que tiene algunos auxiliares y jefes realizando demanda inducida de PYP en los servicios pero no de manera estructurada.					100%	EXCELENTE
		Documentar lo que constituyen un mecanismos para los pacientes consultador cronico y donde se formule acciones de control y seguimiento.	Documento Aprobado	0	1			0%	02/05/2021 Se realizó reunión con Jefe Angelica y Jhanett, se reforzó explicación de metodología de las actividades, para lo cual no se identifica avance pero se comprometen a documentar consultador crónico.					100%	EXCELENTE
Plan de Desarrollo	Mejorar el Acceso a los Servicios de Nivel Primario y Complementario	Fortalecer el acceso a la Salud, mediante la operación de al menos 2 equipos Interdisciplinarios de Salud Extramural en la zona rural. Incluyendo jornadas en los puestos de Salud Habilitados	Equipos Extramurales en funcionamiento /2 equipos programados	1,0	2,0	25%	Se evidencia dos equipos extramurales en el trimestre evaluado	25%	Se evidencia dos equipos extramurales en el trimestre evaluado	25%	Se evidencia dos equipos extramurales en el trimestre evaluado	25%	Se evidencia dos equipos extramurales en el trimestre evaluado	100%	EXCELENTE
		Fortalecer el acceso a la Salud Rural mediante la puesta en Funcionamiento del Puesto de Salud de Puerto Lleras.	Número de Puestos de Salud en funcionamiento	-	5,0	25%	Se evidencia el funcionamiento de los siguientes Puestos de Salud en el Periodo evaluado: *Puerto Lleras. *Charo *Bajo San Joaquin *Caño Seco *Calafitas	25%	Se evidencia el funcionamiento de los siguientes Puestos de Salud en el Periodo evaluado: *Puerto Lleras. *Charo *Bajo San Joaquin *Caño Seco *Calafitas	25%	Se evidencia el funcionamiento de los siguientes Puestos de Salud en el Periodo evaluado: *Puerto Lleras. *Charo *Bajo San Joaquin *Caño Seco *Calafitas	25%	Se evidencia el funcionamiento de los siguientes Puestos de Salud en el Periodo evaluado: *Puerto Lleras. *Charo *Bajo San Joaquin *Caño Seco *Calafitas	100%	EXCELENTE
		Realizar gestión del riesgo en Salud a través del fortalecimiento de Estrategias de Atención Primaria, ajustadas las Rutas de Mantenimiento de la Salud y Materno-Perinatal	≥70% de Cumplimiento de las Metas Contratadas	65%	70%									71%	Se evidencia Cumplimiento del 71% a corte del mes de Octubre

PROCESO	INTERNACION		SUBPROCESO		VIGENCIA				2021				CUMPLIMIENTO			
	Plataforma Estratégica		MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		82%	SOBRESALIENTE		
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	Actividad/Accion de mejora	INDICADOR o RESULTADO	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
Plan de Gestion	PAMEC	Implementar el turno quirurgico en el hospital del sarare	Documento aprobado	0	1			100%	Se recibe producto el 27/05/2021 en el que se evidencia solicitud de Auditor medico a Gestión de las TICS estableciendo los parametros para la forma de solicitud de turno quirurgico y se soporta implementación de turno quirurgico.					100%	EXCELENTE	
		Documentar las recomendaciones de los procedimientos faltantes en el servicio de quirofano	Documento aprobado	0	1								100%	Se recibe y revisa (área de Calidad) CIX-01-T01 Protocolo custodia de pertenencias del pcte, CIX-01-T02 Protocolo admisión y preparación acto quirurgico, CIX-01-T03 Normas actuación en quirofano, CIX-01-T04 Protocolo preparación prequirurgica de la piel	100%	EXCELENTE
		Formular 1 indicador de diligenciamiento de consentimiento informado	Informe de seguimiento y reporte trimestral	0	1			0%	30/04/2021 Coordinador identifica dificultades de diligenciamiento de consentimiento informado en quirurgicos, no lo están diligenciando adecuadamente, datos incompletos, no le explican a los usuarios, algunos especialistas no tienen actitud adecuada para explicarle al usuario, en ocasiones no lo diligencian. Es importante tomar medidas concretas con el personal.				100%	Se formula indicador de Número consentimienos diligenciado correctamente / total de consentimientos evaluados en un periodo determinado. Se hizo informe del mes de mayo 2021 en el cual se evaluaron 2613 consentimientos.	100%	EXCELENTE
		Formular 1 indicador de rechazo de muestras de patologia	Informe de seguimiento y reporte trimestral	0	1			100%	14/04/2021 Se hizo reunión para revisar el plan piloto de registro de resultados de patologia. Se evaluó y todas las muestra son de buena calidad y no han sido rechazadas.						100%	EXCELENTE
		Actualizar el protocolo de muestra de patologia	Protocolo actualizado	0	1									100%	Se recibe (area de Calidad) procedimiento actualizado CIX-01-P04 Procedimiento entrega resultados patologia, CIX-01-P05 Procedimiento toma de muestras, embalaje y envío, CIX-02-P02 Procedimiento entrega información a familiares acompañantes.	100%



CODIGO

PLA-00-F09

REVISIÓN No.

1

FORMATO PLAN DE ACCIÓN

		Numero de paciente con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se le realizo apendicetomia dentro de las seis horas de confirmado el diagnostico en la vigencia objeto de la evaluación/Total, de paciente con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia del objeto de evaluación	90%	90%	25%	Oportunidad de Primer Trimestre 90%	25%	Oportunidad de Primer Trimestre 97%	25%	Oportunidad de Primer Trimestre 95%		75%	SOBRESALIENTE
--	--	---	-----	-----	-----	-------------------------------------	-----	-------------------------------------	-----	-------------------------------------	--	-----	---------------

PROCESO	FARMACIA		SUBPROCESO		VIGENCIA				2021				CUMPLIMIENTO		
Plataforma Estratégica			MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		100%	EXCELENTE	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	Actividad/Accion de mejora	INDICADOR O PRODUCTO	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
PLAN DE GESTIÓN	PAMEC	Documentar el programa de Asesoría Farmacológica y reconciliación de medicamentos	Documento aprobado	0	1			0%	Se hizo solicitud de información por email. Sin avance			100%	Se documentó de Protocolo de conciliación medicamentosa CTR-02-T02 y Programa de asesoría farmacológica CTR-02-R01	100%	EXCELENTE
		Capacitar a líderes y coordinadores Misionales sobre el protocolo LASA (Señales de alarma y mecanismos para la separación de Medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración)	N de líderes y coordinadores capacitados/total de líderes	0%	75%			0%	Se hizo solicitud de información por email. Sin avance			100%	Se elaboró protocolo LASA CTR-02-T01. Se hizo grabación para edición de video el cual se difundirá a personal de la institución. Se realizó evaluación digital.	100%	EXCELENTE
		Definir mecanismo de revision y asignacion de responsables en la revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos	Procedimiento documentado y socializado	0%	75%			0%	Se hizo solicitud de información por email. Sin avance			100%	Documentado en Programa asesoría Farmacologica CTR-02-R01	100%	EXCELENTE
		Implementar la asesoría farmacología en pacientes polimedicados, Anticoagulantes y de control.	formato de asesoría farmacologica	0	1			0%	Se hizo solicitud de información por email. Sin avance			100%	Documentado en Programa asesoría Farmacologica CTR-02-R01	100%	EXCELENTE

PROCESO	FARMACIA		SUBPROCESO						VIGENCIA		2021				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica			MEDICION			seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		100%	EXCELENTE	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	Actividad/Accion de mejora	INDICADOR O PRODUCTO	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
PLAN DE GESTIÓN	PAMEC	Socializar el estandar con el servicio de laboratorio	Acta de socializacion y formulacion de plan de mejora	0	1			100%	15 y 27 de Abril se realizó jornada de capacitación al grupo de trabajo de Laboratorio clínico, en total participaron 22 participantes					100%	EXCELENTE	
		Incluir los laboratorios especializados (externos) a la historia clinica del paciente como accion integral del manejo del paciente	Evidencia de ruta de ubicación de laboratorios externos en dinamica	0	1			100%	09/04/2021 Desde calidad se realizó visita a Sistemas para gestionar la ubicación de un módulo exámenes especializados en la Dinámica (Reportes), se instaló y se cuenta con el módulo. Desde calidad se informó a punto de información SIAU y a vigilancia epidemiológica para que realice seguimiento.					100%	EXCELENTE	
		Realizar seguimiento a los laboratorio externos.	Formato de seguimiento	0	1			100%	Se realiza revisión y se cuenta con formato diligenciado y actualizado por laboratorio clinico lo ha diligenciado desde febrero 2021, desde SIAU se realia seguimiento a formato en linea.					100%	EXCELENTE	

PROCESO	HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO	MEDICIÓN				VIGENCIA				2021		CUMPLIMIENTO		
				INDICADOR O PRODUCTO	MEDICIÓN INICIAL	MEDICIÓN ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
Plataforma Estratégica			MEDICIÓN				seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		100%	EXCELENTE
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCIÓN	Actividad/Acción de mejora	INDICADOR O PRODUCTO	MEDICIÓN INICIAL	MEDICIÓN ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
PLAN DE GESTIÓN	PAMEC	Actualizar los consentimientos informados de (NO RCP, NO REMISIÓN, y finalización de NO TRATAMIENTO).	consentimientos actualizados	0%	100%					100%	Se realizó formato estandar de consentimiento informado el cual es apoyo para cualquier tipo de procedimiento; y se actualizaron y elaboraron: GCL-00-F01 Consentimiento o disentimiento, GCL-00-F02 Revocatoria consentimiento, GCL-00-F03 Retiro voluntario.			100%	EXCELENTE	
		Medir la oportunidad de respuesta oportuna y efectiva de las interconsultas.	Informe semestral	0%	100%			100%	04/06/2021 Se recibe informe del periodo de Enero a Mayo de 2021 en el cual se evidencia oportunidad de interconsulta, informe elaborado por el Coordinador Médico donde da recomendaciones para servicios que evidencia dificultad en la oportunidad.				100%	EXCELENTE		
		Implementar indicador que mida el tiempo que dura el paciente en el egreso hospitalario incluido los procesos de facturación	Indicador: Tiempo transcurrido entre la orden medica de alta / hora en que sale el paciente del hospital.	0%	50							100%	Se realizó informe con reporte de dinámica de tiempo transcurrido hasta el egreso del usuario, con el cual se identificaron oportunidades de mejora.	100%	EXCELENTE	
Sistema Unico de Información	Resolución 256	Realizar medición del Indicador del Reingreso por la misma causa al Servicio de Hospitalización antes de los 15 días.	Numero de Mediciones realizadas /Numero de mediciones programadas	4	4	25%	Se evidencia medición del indicador	25%	Se evidencia medición del indicador	25%	Se evidencia medición del indicador	25%	Se evidencia medición del indicador	100%	EXCELENTE	

PROCESO	SEGURIDAD DEL PACIENTE		SUBPROCESO		VIGENCIA		2021				CUMPLIMIENTO					
Plataforma Estratégica			MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		100%	EXCELENTE		
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	Actividad/Accion de mejora	INDICADOR O PRODUCTO	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO							
PLAN DE GESTIÓN	PAMEC	Formular instrumentos de medicion del clima de seguridad.	Instrumento formulado documentado	0	1							100%	Se formuló instrumento SIC-02-F01 Instrumento de medición de la cultura de seguridad del paciente publicado en link https://docs.google.com/forms/d/1SqDe49K5c9k_K0JuDQZS9j1lI8KtUNrJyZMQN_Ejs/edit?usp=sharing	100%	EXCELENTE	
		Documentar el programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación de eventos adversos que incluya procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, practicas que mejore la actuacion de los profesionales y mecanismos que involucre los paciente y sus hallegados en su seguridad.	Documento aprobado	0	1								100%	Se evidencia documento: Manual del programa de seguridad del paciente GCL-00-R01	100%	EXCELENTE
		Actualizar el plan de prevencion y control de infecciones del sarare donde se definan metas precisas que abarque todas las estrategias definidas para la prevencion y mitigación de infecciones que puedan ser medidas en el tiempo.	documento actualizado	0	1								100%	Se realizó actualización del guia GCL-00-G02 Prevención de IAAS.	100%	EXCELENTE
		Actualizar el protocolo de aislamiento	documento actualizado	0	1								100%	Se realizó actualización de protocolo GCL-00-TX	100%	EXCELENTE
		Realizar 1 evaluacion de adherencia al protocolo de aislamiento en el servicio de hospitalizacion	informe de seguimiento	0%	100%					100%	Se realizó evaluación del protocolo GCL-00-T03, y se laboró informe respectivo.				100%	EXCELENTE
		Formular el Plan de accion de Seguridad del paciente.	Plan de accion formulado con ejecucion del 80%	0	80%								100%	Se formuló Plan de acción de seguridad del paciente con un cumplimiento 100%. En la vigencia 2021 se desarrolló congreso de seguridad del paciente.	100%	EXCELENTE
		Actualizar el protocolo de Fugas que incluya: * Identificación de usuarios que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. * Mecanismos de seguridad para la ubicación de pacientes. * Un sistema de comunicación en la organización para la identificación del cliente. * Designación de un responsable de la búsqueda. * Contacto con la Policía y la familia del paciente.	Documento Actualizado	0	1					100%	Se realizó actualización de protocolo de fugas de pacientes. GCL-00-PO1				100%	EXCELENTE
Plan de Gestión	Indicador de Mortalidad	Realizar análisis de la mortalidad Hospitalaria	Numero de Casos Analizados en el respectivo comité /total de Casos	100%	100%	25%	Se evidencia analisis de la mortalidad en el comité de seguridad, para el trimestre evaluado	25%	Se evidencia analisis de la mortalidad en el comité de seguridad, para el trimestre evaluado	25%	Se evidencia analisis de la mortalidad en el comité de seguridad, para el trimestre evaluado	25%	Se evidencia analisis de la mortalidad en el comité de seguridad, para el trimestre evaluado	100%	EXCELENTE	



PROCESO	SEGURIDAD DEL PACIENTE		SUBPROCESO						VIGENCIA		2021				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica			MEDICION				seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		100%	EXCELENTE
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	Actividad/Accion de mejora	INDICADOR O PRODUCTO	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
PLAN DE GESTIÓN	PAMEC	Documentar el protocolo de gestión al duelo.	Documento aprobado	0	1	100%	Se documentó protocolo SEI-02-T01 Gestión del duelo y cuidado paliativo.							100%	EXCELENTE	
		Documentar el protocolo de Dolor y cuidado paliativo	Documento aprobado	0	1	100%	Se documentó protocolo SEI-02-T01 Gestión del duelo y cuidado paliativo.							100%	EXCELENTE	
		Documentar el programa de Humanización (tener en cuenta los criterios de acreditación)	Documento aprobado	0	1	100%	Se documentó Programa de Humanización SEI-02-R01.							100%	EXCELENTE	
		Formular el Plan de accion de Humanizacion	Plan de accion aprobado	0	1	100%	Se recibe plan de acción, con metas, actividades programadas, con ajustes solicitados previamente.							100%	EXCELENTE	



PROCESO	ODONTOLÓGIA		SUBPROCESO		VIGENCIA				2021				CUMPLIMIENTO		
Plataforma Estratégica			MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		100%	EXCELENTE	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	Actividad/Accion de mejora	INDICADOR O PRODUCTO	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
PLAN DE GESTIÓN	PAMEC	Evaluar los mecanismos implementados para medir de adherencia al autocuidado que involucran al usuario como corresponsable de su cuidado oral.	Informe de evaluacion de adherencia al usuario. Cada 3 meses.	0%	1			60%	Se realizó reuniones de trabajo líder de salud oral y profesionales del servicio; se establecieron los mecanismos a evaluar: El mecanismos comprende dos aspectos verificación registro de educación en toda historia clínica, con el seguimiento a corresponsabilidad adherencia aplicación 1 encuesta por día por profesional para un total de 146 encuestas de seguimiento.			40%	Se realizó test para evaluar adherencia a tratamientos y autocuidado en salud oral a través de la revisión mensual de historias clínicas en total se evaluaron 146 historias. Y se realizaron 352 encuestas a usuarios para determinar información de autocuidado. Se adjunta informe con análisis estadísticos como insumo para planes de mejora.	100%	EXCELENTE
		Formular 2 indicadores que me permitan medir la efectividad del tratamiento y adherencia del pacientes del tratamiento oral.	N de indicadores formulados/proyectados *100 Informe semestral de seguimiento	0	1			50%	22/06/2021 Se formula Indicador 1: (Número de consultas no realizadas por inasistencia del usuario en el periodo)/Total consultas programadas. Indicador 2: Total de tratamiento de conductos unirradiulares terminados/ Total de tratamiento conductos unirradiulares iniciados en un periodo determinado. 09/07/2021 entrega de informe.			50%	Se recibe y revisa informe de indicadores y se establece para próximas vigencias realizar seguimiento a este. En informe ser realizan las recomendaciones respectivas.	100%	EXCELENTE