



**HOSPITAL DEL SARARE**  
 Empresa Social del Estado  
 NIT. 800231215-1

*Evolucionamos pensando en usted*

Vigilado:  
**Supersalud**  
 Por la defensa de los derechos de los usuarios

**Ministerio de la Protección Social**  
 Departamento de Arauca

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

<b>DEPARTAMENTO:</b>	ARAUCA
<b>CÓDIGO DANE</b>	81
<b>PLAN DE DESARROLLO:</b>	ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015

**PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015**

<b>DIMENSIÓN DEL PDD:</b>	SOCIAL	<b>META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:</b>
<b>SECTOR DEL PDD:</b>	SALUD	
<b>PROGRAMA DEL PDD:</b>	<b>Área DE CALIDAD</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-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			

SUBPROGRAMA:													
Gestión Gerencial y Estratégica	Fortalecer los procesos de auditoría médica en la institución con el fin de impactar la calidad en la facturación, los indicadores de glosa y los estados financieros	Disminuir en un 15% la glosa médica final	% glosa	3.63%	3.48%	Reforzar la auditoria concurrente, haciendo énfasis en las estancias prolongadas	Evaluar el 60% de las estancias que cumplan el criterio de estancia de mas de 4-7 y mayores 10 días	Concurencia estancias prolongadas	0%	75%	AUDITOR CONCURRENTE	se desarrollo con los auditores concurrentes el porcesdimiento de estancias prolongadas	
						Desarrollar auditoria concurrente al servicio de urgencias de los pacientes en observacion	Evaluar 40% de las atenciones de urgencias	Concurencia urgencias	0%	40%	AUDITOR CONCURRENTE	se desarrollo el acompañamiento matutino a los pacientes que amanecen en el servicio de urgencias generando indicaciones al cordinador medico para su gestion	40.00%
						Desarrollar conicliaciones de las facturas no conciliadas hasta el 2014	Conciliar el 100% de las facturas por conciliar hasta el 2014	Capacitacion en evitacion glosa	0%	60%	AUDITORI DE GLOSAS	se hizo cierre de conciliacions a las EPES subciodiadas caprecom comparta y saludcoop y pendientes saludvidas, dusakawi hasta que no se haga la conciliacion de cartera	60.00%
						Desarrollar libro de glosas por profesional de la salud en glosas de pertinencia	Detallar el 100% de las glosas según causa y profesional	Glosas detalladas por causa y profesional	0%	60%	Auditor de glosas	no se ha desarrollado	0.00%
						Desarrollar bimensualmente comité de glosas con el grupo de facturacion	Desarrollar en el 2015 6 reuniones de socilaizacion de glosas adminitrativas prevenibles	Comites de glosas adminitrativas	0%	83%	Coordinador Auditoria	se ha desarrollado una sola actividad durante el trimestre	16.00%



SISTEMA DE EVALUACION DE LA GESTION DEPARTAMENTAL-COMPONENTE DE EFICACIA													
DEPARTAMENTO:			ARAUCA										
CODIGO DANE:			81										
PLAN DE DESARROLLO:			ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015										
			PLAN DE ACCION AÑO 2015										
DIMENSION DEL PDD:			SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:							
SECTOR DEL PDD:			SALUD										
PROGRAMA DEL PDD:			SUMINISTROS E INSUMOS										
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA													
ALMACEN Y SUMINISTROS	Administrar y preservar los bienes adquiridos por la institución con oportunidad y calidad, contribuyendo al cumplimiento de la misión institucional.	ADMINISTRAR EN SU TOTALIDAD LOS BIENES DEVOLUTIVOS Y DE CONSUMO QUE SON ADQUIRIDOS POR LA INSTITUCION.	BIENES ENTREGADOS/BIENES SOLICITADOS	95%		CONTROLAR CADA UNO DE LOS MOVIMIENTOS QUE SE LE HACEN A LOS DIFERENTES BIENES DEVOLUTIVOS Y DE CONSUMO DEL HOSPITAL	REALIZAR SEMESTRALMETE INVENTARIO DE ACTIVOS.	INVENTARIO REALIZADO/INVENTARIOS PROGRAMADOS	90%	90%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN	ESTA PROGRAMADO PARA EL MES DE JUNIO Y MITAD DE JULIO	0%
							REALIZAR TRIMESTRALMETE INVENTARIOS DE LOS ELEMENTOS DE CONSUMO Y MEDICAMENTOS	INVENTARIO REALIZADO/INVENTARIOS PROGRAMADOS	90%	90%		SE HAN HECHO INVENTARIOS	70%
						DISTRIBUIR LOS BIENES DEVOLUTIVOS Y DE CONSUMO EN BODEGA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE	EXIGIR LOS FORMATOS INTERNOS QUE CORRESPONDEN A MECI	BIENES DISTRIBUIDOS /BIENES ADQUIRIDOS.	80%	90%		SE ESTA CUMPLIENDO LA ACTIVIDAD	80%
						REGISTRAR SITEMATICAMENTE CADA UNO DE LOS MOVIMIENTOS DE BIENES ADQUIRIDOS POR EL HOSPITAL DEL SARARE Y QUE INGRESAN AL ALMACEN	100%	BIENES REGISTRADOS /BIENES ADQUIRIDOS.	95%	100%		SE REALIZA AL 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%		SE TOMA EN LA MAÑANA Y EN LA TARDE	100%
						REVISAR Y AJUSTAR LOS STOP MÍNIMOS SEGÚN HISTÓRICO DE CONSUMO	REALIZAR INVENTARIO FISICO ALEATORIO	STOP REVISADOS Y AJUSTADOS/TOTAL DE STOP	98%	98%		SE REALIZA INVENTARIO DE STOP MINIMO PERO POR SITUACIONES AJENAS NO SE CUMPLE CON EL STOP MINIMO	90%

ALMACEN Y SUMINISTROS	<p>Estándar 130. Código: (GT 1)</p> <p>La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos normativos.</li> <li>• Análisis de la relación oferta-demanda.</li> <li>• Necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud.</li> <li>• Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución.</li> <li>• Condiciones del mercado.</li> <li>• El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.</li> <li>• El análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: evidencias de Seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva.</li> <li>• La articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología.</li> <li>• La definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y acciones de salud pública.</li> <li>• La definición de los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología.</li> <li>• La definición de tecnologías a utilizar en los servicios de habilitación y rehabilitación.</li> <li>• Las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios.</li> <li>• Personal profesional y técnico que conoce del tema e integra a los responsables de la gestión tecnológica en los diferentes servicios.</li> <li>• El conocimiento en la gestión de tecnología por los responsables de su uso.</li> <li>• La evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología.</li> </ul>	Diseño e implementación de un proceso de planeación de la gestión y la evaluación de la tecnología,	Promediodelacalificación de estándares de del estandar	1.4	<p>1.Apoyo a la deficiencia de los aspectos normativos aplicables a la organización para la puesta en funcionamiento del programa de tecnovigilancia.</p> <p>2.Apoyo a desarrollar el análisis de la relación oferta-demanda.</p> <p>Identificar de necesidades de pagadores , usuarios y equipo de salud, condiciones del mercado, el analisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.</p> <p>3. Recepcionar y apoyar el analisis para la incorporación de nueva tecnología, así como la disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva.</p> <p>4. Asistir a las reuniones que se nos invite para diseños del plan arquitectonico que facilite la articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología.</p> <p>Definir las condiciones que deben cumplir la adquisicion de tecnología frente a las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios.</p> <p>5. Fortalecer el proceso de induccion, reinduccion y entrenamiento frente al uso adecuado de la tecnología</p>		0	50%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN	EL AREA DE ALMACEN VIENE TABAJANDO EN UNA MEJOR INFRAESTRUCTURA PARA UNA MEJOR ADECUACION DE BIENES DE CONSUMO O DEVOLUTIVOS	90%	
	<p>Estándar 135. Código: (GT 6)</p> <p>La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología en la que se incluye:</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de los costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar.</li> <li>• Beneficios en comparación con nuevas tecnologías.</li> <li>• Confiabilidad y seguridad.</li> <li>• Facilidad de operación.</li> <li>• Articulación con el direccionamiento estratégico.</li> <li>• Facilidades y ventajas para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige</li> </ul>	Diseñar e implementar un política de gestion de la tecnología que contenga los criterios para la renovación de la misma.	Promediodelacalificación de estándares de del estandar	1.4	<p>1.Apoyar a la definición e identificación los riesgos a nivel organizacional frente al uso de la tecnología</p> <p>2. Apoyo al diseño de herramientas y metodologías para identificar, priorizar, gestionar, evaluar e intervenir los riesgos asociados al uso de la tecnología</p> <p>3. Apoyo a la priorización de los riesgos a nivel organizacional frente al uso de tecnología</p> <p>4.Apoyo a la disposición de los recursos financieros, técnicos y humanos para la minimización del riesgo asociado al uso de la tecnología, de acuerdo al presupuesto asignado por la administración y al flujo de recursos.</p> <p>5.Apoyo a la identificación de barreras organizacionales que minimicen los riesgos administrativos, asistenciales y gerenciales</p> <p>6 evaluación de la política de gestión de la tecnología a través de la materialización de los riesgos identificados en misma. y toma de acciones que corrijan las desviaciones.</p>		0	50%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN	SE REALIZO LA ACTIVIDAD	90%	
	4. Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso			Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	EVALUAR LAS GUIAS MANUALES Y FORMATOS DEL PROCESO Y AJUSTARLOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE	DOCUMENTOS ACTUALIZADOS/TOTAL DOCUMENTOS REQUERIDOS DEL PROCESO	50	70%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS	SE UTILIZA LA DOCUMENTACION Y SI ES NECESARIO SE ACTUALIZA	70%

ALMACEN Y SUMINISTROS	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	5. Mantener actualizados los sistemas de información.			Llevar el sistema actualizado	REALIZAR LAS ORDENES DE DESPACHO E INGRESOS PERIODICAMENTE SEGÚN LA NECESIDAD DE LOS SERVICIOS Y/O DEPENDENCIAS.		97%	100%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS	SE VIENE CUMPLIENDO CON DICHO REQUISITO	90%
					Realizar depuración del Sistema	REALIZAR INVENTARIO DE ACTIVOS. -REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA REALIZACION DE BAJAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS/ACTIVIDADES PLANEADAS	No Linea base	80%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS	EL DIA 16 DE ABRIL SE REALIZARA LA REUNION PARA DAR DE BAJA A TODOS LOS ACTIVOS PERTINENTES Y ASI PODER HACER DEPURACION DEL SISTEMA	0%
		6. Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	promedio de asistencia de personal de partos/total de personal	90%	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con el proceso	2 CAPACITACIONES EN CURSOS ACORDES AL PROCESO PARA TODO EL PERSONAL DEL AREA.	CURSOS REALIZADOS/CURSOS PLANEADOS	No Linea base	100%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS	NO SE HAN REALIZADO CAPACITACIONES	0%



**HOSPITAL DEL SARARE**  
 Empresa Social del Estado  
 NIT. 800231215-1

*Evolucionamos pensando en usted*

Vigilado:  
**Supersalud**  
 Por la defensa de los derechos de los usuarios

**Ministerio de la Protección Social**  
 Departamento de Arauca

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

<b>DEPARTAMENTO:</b>	ARAUCA
<b>CÓDIGO DANE</b>	81
<b>PLAN DE DESARROLLO:</b>	ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015

**PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015**

<b>DIMENSIÓN DEL PDD:</b>	SOCIAL	<b>META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:</b>
<b>SECTOR DEL PDD:</b>	SALUD	
<b>PROGRAMA DEL PDD:</b>	AUDITORIA CUENTAS	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			

SUBPROGRAMA:													
Gestion Gerencial y Estratégica	Fortalecer los procesos de auditoría médica en la institución con el fin de impactar la calidad en la facturación, los indicadores de glosa y los estados financieros	Disminuir en un 15% la glosa medica final	% glosa			Reforzar la auditoria concurrente, haciendo énfasis en las estancias prolongadas bajo la modalidad 3x3	Evaluar el 60% de las estancias que cumplan el criterio 3x3	Concurrencia de estancias prolongadas metodo 3x3			AUDITOR CONCURRENTE		
						Realizar auditoria procurrante a las atencion de urgencias, en busqueda del cobro y soporte adecuado del 100% de las actiividades ejecutadas	Evaluar 75% de las atenciones de urgencias	Procurrencia facturacion de urgencias			AUDITOR CONCILIACION		
						Brindar capacitacion al personal profesional en el area de auditoria de cuentas de salud	Capacitar al 60% de los profesionales del hospital, en actividades de evitacion de glosas.	Capacitacion en evitacion glosa			COORD AUDIOTORIA		
						Generar programa de "Glosa en linea" que lleve a la retroalimentacion oportuna de evitacion de glosa y solucion de las existente usando los sistemas electronicos de informacion a los generadores de las mismas	Crear, socializar y dar seguimiento al programa "Glosa en linea"	Avance programa "glosa en linea"			COORD AUDIOTORIA		
						Depurar las conciliaciones por conciliar de vigencias anteriores, haciendo énfasis en ERP no comunes o de ciudades infrecuente, utilizando para ello medios electronicos o de comunicaciones	Conciliaciones del 75% las conciliaciones pendientes de las vigencias 2005-2012	Conciliaciones depuradas			AUDITOR CONCILIACION		



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

DEPARTAMENTO:	ARAUCA
CÓDIGO DANE:	81
PLAN DE DESARROLLO:	ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015

PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015

DIMENSION DEL PDD:	SOCIAL	META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:
SECTOR DEL PDD:	SALUD	
PROGRAMA DEL PDD:	CALIDAD	

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
			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2013)	VALOR ESPERADO (31 dic-2014)		

SUBPROGRAMA:														
Acreditación de servicios	Realizar autoevaluación teniendo en cuenta los estándares de acreditación (una al año)	Estándares de acreditación autoevaluados					Desarrollar la encuesta del instrumento desarrollado por el Ministerio de la Protección Social	Desarrollar autoevaluación de los 158 estándares de los 8 ejes temáticos	% de los estándares autoevaluados		100%	100%	COORDINADO DE CALIDAD	
							Socializar a los líderes de procesos asistenciales como administrativos de los resultados	Brindar socialización al 100% de las áreas procesales asistenciales y	Líderes socializados en resultado de encuesta de acreditación		0	85%	COORDINADOR DE CALIDAD	
							Levantar plan de mejora y consolidación PLAN de acción específico para acreditación con miras al año 2014	Levantar planes de mejora en el 80% de las áreas procesales específicas con metodología Plan	Planes de Mejora por procesos levantados		0	80%	LIDERES DE PROCESOS	
Estándar 103. Código: (TH 1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estos procesos incluyen la información relacionada con:	1- Definir una estrategia para que todos los colaboradores conozcan bajo que normatividad está regida la institución, así como sus funciones y obligaciones.					Definir la normatividad, las funciones y obligaciones que deben ser conocidas por los colaboradores de la institución (hacer una revisión y priorización)							Talento Humano Cogestor asesor jurídico control interno calidad	
						coordinar con líderes de proceso, imagen corporativa la manera lúdica o didáctica de informar sobre la normatividad, funciones y obligaciones							Talento Humano Cogestor líderes de proceso imagen corporativa calidad. Control interno	
						aplicar y evaluar la estrategia definida								Talento Humano Cogestor líderes de proceso imagen corporativa calidad. Control interno
Estándar 104. Código: (TH 2). Existe un proceso para la planeación del talento humano. El proceso descrito considera aspectos tales como: • Legislación. • Cambios en el direccionamiento estratégico. • Mejoramiento de Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. Cambios en la estructura organizacional.	Elaborar el perfil de cargos para personal contratista.					indagar o revisar modelos de perfil de cargos para personal contratista.							Talento Humano Cogestor asesor jurídico calidad y control interno	
						construir un manual de cargos para el personal contratista, incluyendo los criterios definidos por acreditación							Talento Humano Cogestor asesor jurídico calidad y control interno	
						socializar al personal contratista sobre el manual elaborado por el hospital.								Talento Humano Cogestor líderes de procesos asesor jurídico calidad y control interno

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en la planta física.</li> <li>• Cambios en la complejidad de los servicios.</li> <li>• Disponibilidad de recursos.</li> <li>• Tecnología disponible.</li> <li>• Suficiencia del talento humano en relación con el portafolio y la demanda de servicios.</li> <li>• Relación docencia-servicio.</li> <li>• Relación de la oferta y la demanda de servicios con la docencia-servicio.</li> <li>• La planeación del talento humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos y deberes, el Código de Ética y el código del buen gobierno y el diseño del proceso de atención.</li> <li>• Evaluación de necesidades de contratación con terceros</li> </ul>	<p>revisar, ajustar el reglamento interno, código de ética, elaborar el código de convivencia y comportamiento de los colaboradores del hospital del Sarare y Definir estrategias de divulgación. (busacr asesoría externa). Articulado con el estándar asistencial e incluir las competencias transversales a todos los colaboradores</p>				<p>hacer una revisión jurídica desde el marco normativo relacionado con el reglamento interno teniendo en cuenta las características contractuales de la institución. Solicitar asesoría externa frente al marco normativo relacionado con reglamento interno, código de ética y buen gobierno por la modalidad de contratación existente</p>						<p>Talento Humano Cogestor asesor jurídico calidad y control interno</p>	
<p>Estándar 106. Código: (TH 4) Existe un proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias. Las competencias están definidas con base en las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p>	<p>actualizar el manual de funciones teniendo en cuenta todos los criterios establecidos en el estándar.</p>				<p>Hacer una revisión y actualización del manual de funciones actual para incorporar los criterios emitidos por el DAFP y los establecidos para acreditación.</p>						<p>Talento Humano Cogestor asesor jurídico calidad y control interno</p>	
<p>Estándar 108. Código: (TH 6). Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direccionamiento estratégico.</li> <li>• Inducción y re inducción.</li> <li>• Ambiente de trabajo y sus responsabilidades.</li> <li>• Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos.</li> <li>• Código de ética y código de buen gobierno</li> <li>• Modelo de atención.</li> <li>• Portafolio de servicios.</li> <li>• Estructura organizacional.</li> <li>• Expectativas del desempeño.</li> <li>• Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones.</li> <li>• Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.</li> <li>• Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio.</li> <li>• Requisitos para las actividades de docencia e investigación, si aplica.</li> <li>• Conceptos y herramientas de calidad y mejoramiento de procesos.</li> </ul>	<p>Revisar, elaborar y articular el PIC Plan institucional de Capacitación de acuerdo a la normatividad, documentar todos los registros, la ficha técnica para cada capacitación, la metodología de evaluación, el cronograma de capacitaciones, seguimiento e indicadores. e incluir los temas de Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo, gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad.así como en el manejo de relaciones interpersonales. manejo de Protocolos y guías de atención.</p>				<p>Incorporar al programa de capacitación Institucional anual: el cronograma de actividades de capacitación de todas las áreas, la detección de necesidades de acuerdo a las diferentes metodologías utilizadas por el hospital, formato o ficha de planeación de capacitación, formato de evaluación integral: el aprendizaje, capacitador, la metodología y logística. establecer nota mínima de aprobación de las capacitaciones, y realizar el seguimiento al programa, incluir los temas solicitados por acreditación en capacitación, definir el indicador.</p>						<p>Talento Humano Cogestor equipo de talento humano lider de calidad, sugerencia científica, control interno</p>	
					<p>realizar la detección de necesidades para la elaboración del PIC ( finalizando el año)</p>						<p>Talento Humano Cogestor equipo de talento humano lider de calidad, sugerencia científica, control interno</p>	
					<p>Socializar a los líderes de proceso el desarrollo del PIC, los formatos a utilizar y solicitar con antelación capacitaciones para incorporarlas al cronograma</p>						<p>Talento Humano Cogestor equipo de talento humano lider de calidad, sugerencia científica, control interno</p>	

<p>Estándar 110. Código: (TH 8) La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores. Las estrategias se relacionan con</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios tales como:</li> <li>• Cumplimiento de las responsabilidades a su cargo.</li> <li>• Pasos o fases del proceso de atención.</li> <li>• Seguridad del paciente.</li> <li>• Humanización del servicio.</li> <li>• Habilidades comunicativas.</li> <li>• Enfoque de riesgo.</li> <li>• Gestión de tecnologías.</li> <li>• Protocolos y guías de atención.</li> <li>• Investigación científica.</li> <li>• Entrenamiento de estudiantes, si aplica:</li> </ul>	<p>Revisar y ajustar con los líderes de proceso, atención al usuario, imagen corporativa el manual de imagen corporativa donde se especifiquen los pasos o fases del proceso de atención, y establecer su implementación.</p>					Realizar reunion con los lideres de proceso, atención al usuario e imagen corporativa para revisar el manual de imagen corporativa existente y hacer ajustes orientados a los criterios de acreditación						Talento Humano Cogestor líderes de proceso imagen corporativa calidad control interno		
						Definir con los lideres de proceso, imagen corporativa y SIAU las estrategias para implementar el manual de atención al usuario e imagen corporativa y establecer mecanismos de seguimiento incluir: (portar carné institucional, manejo zona de parqueo, correcta utilización de los equipos de conservación de alimentos...)						Talento Humano Cogestor líderes de proceso imagen corporativa, SIAU calidad control interno		
						Implementar las estrategias para el cumplimiento del manual de atención al usuario e imagen corporativa.							Talento Humano Cogestor líderes de proceso imagen corporativa, SIAU calidad control interno	
		<p>Desplegar la política de humanización a todos los colaboradores del hospital previa realización del estándar de direccionamiento.</p>					Realizar grupos focales para conocer la percepción y recoger las inquietudes de los colaboradores frente al tema y una vez analizada dar a conocer la información recolectada a las directivas para participar en la construcción de la política y programa de Humanización.						Talento Humano Cogestor líderes de proceso imagen corporativa, SIAU calidad control interno	
							incorporar en el programa de capacitación institucional PIC un temario relacionado con la humanización del servicio.						Talento Humano Cogestor equipo de talento humano lider de calidad, sugerencia científica, control interno	
<p>Estándar 115. Código: (TH 13) Se cuenta con procesos estandarizados para planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio e investigación y una prestación de servicios de atención en salud óptima.</p>	<p>Definir el proceso Docente Asistencial, el ó los referentes según la institución. (documentarlo) que de respuesta a la planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio.</p>					Hacer una reevaluación de las condiciones existentes frente a los convenios con las instituciones educativas en conjunto con el equipo del estándar asistencial, jurídica y TH. Es necesario que en las actividades establecidas se trabaje en el tema de acreditación y capacitación; así como definir las actividades a desarrollar por parte de los estudiantes en la institución.						Talento Humano Cogestor calidad control interno líderes de proceso asesor jurídico lider del estándar de asistenciales		

	<p>Estándar 118. Código: (TH MCC1)</p> <p>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.</p>	<p>Establecer e implementar procesos y procedimientos alineados con el el direccionamiento estratégico, que den respuesta al estandar de gerencia del talento humano y que esten relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-estrategias con los líderes de los estándares a fin de articular los procesos interdependientes y la ejecución de los mismos.</li> <li>-dinamica de seguiminetos propios del estandar para el cumplimiento de los objetivos trazados en gerencia del talento humano.</li> <li>-la estrategia de comunicación de los resultados sobre los procesos relacionados con el estandar al cliente interno.</li> </ul>				<p>establecer con lideres de proceso e imagen corporativa estrategias puntuales de divulgación sobre los procesos del estandar que tiene impacto en los colaboradores. ( estudiar altenativas y estategias y ecoger las mas adecyadas todo soportado</p>					<p>Talento Humano Cogestor líderes de proceso imagen corpportiva, calidad control interno</p>	
<p>encial y Estratégica</p>	<p>Estándar 154. Código: (MCC1)</p> <p>Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene un enfoque sistémico.</li> <li>• Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional.</li> <li>• Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación.</li> <li>• Incluye las oportunidades de mejora producto de la evaluación de los resultados de la monitoría y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.</li> <li>• Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes.</li> <li>• Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación.</li> <li>• Incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos.</li> <li>• Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros subcontratados.</li> <li>• Incluye la asignación de los recursos humanos, los equipos de autoevaluación, los equipos de mejoramiento, los recursos</li> </ul>	<p>1.Diseñar un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo institucional de la calidad orientado hacia los resultados donde se articule:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- incluir las oportunnidadaes de mejora identificadas en la evaluacion del SUA. integrando las oportunidades de mejora de los diferentes sistemas de gestión de la organización</li> <li>- definir los responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora.</li> <li>- Determinar los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros.</li> <li>-Incluir en las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoria y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.</li> <li>-Establecer cuales van a ser los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento.</li> </ul>				<p>reunion con lideres de proceso y estandares para articular los planes de mejora de todas las autoevaluaciones y la relación con otros sistemas y determinar los indicadores a medir .</p>					<p>Subgerente científico y subgerente administrativo y financiero Cogestor lider de los estanadres y procesos calidad financiera talento humano</p>	
						<p>elaborar el documento formal que defina el desarrollo del proceso</p>					<p>Subgerente científico Cogestor lider de estandares y calidad</p>	

Gestión Ger.

<p>Estándar 155. Código: (MCC2) La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de mayor impacto en cuanto a enfoque al usuario y orientación al riesgo.</li> <li>• Cuentan con el soporte, los recursos y los elementos necesarios para su implementación.</li> <li>• Se operativizan en acciones de mejora, las cuales se realizan completas y en el tiempo asignado en un cronograma de trabajo.</li> <li>• Identifican las potenciales barreras para implementar las acciones de mejora, con el fin de tomar los correctivos necesarios.</li> <li>• Son llevadas a cabo por colaboradores y/o equipos de mejoramiento con las competencias necesarias para su desarrollo.</li> </ul>	<p>Diseñar la metodología desde gerencia para ejecutar los planes de mejora articulados con los criterios del estándar.</p>					<p>a través de reuniones donde se planteen como los líderes han definido su trabajo al interior del estándar o las directrices sugeridas desde gerencia para establecer las fechas de seguimiento, como se van a realizar los mismos, que documentación se va a revisar como evidencias de los seguimientos, empleando la metodología para enfoque al usuario y orientación al riesgo</p>						<p>Subgerente Científico Cogestor líder de los estándares y procesos calidad talento humano</p>	
<p>Estándar 157. Código: (MCC4): Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran: Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, según aplique.</li> <li>• Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal.</li> <li>• Los canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento.</li> <li>• Estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos o externos, los resultados del mejoramiento.</li> </ul>	<p>definir la metodología y estrategias de comunicación de los resultados del mejoramiento al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad.</p>					<p>establecer reuniones de con las empresas que prestan servicios tercerizados con el fin de presentar los resultados del mejoramiento y trabajar articuladamente en las consecución de los planes y estrategias planteadas.</p>						<p>Subgerente científico Líder de seguimiento institucional Cogestor líder de los estándares y procesos calidad talento humano</p>	
<p>Estándar 1. Código: (AsDP1) La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p>	<p>Realizar revisión y ajuste del código de ética y buen gobierno</p>					<p>revisar con SIAU, coordinación médica y enfermería las posibles estrategias para informar a los usuarios y su familias acerca de los avances, cambios, resultados obtenidos a partir de la implementación de los planes. Así como las fechas de publicación para luego desarrollarlas según los tiempos determinados</p>						<p>Subgerente científico Líder de seguimiento institucional Cogestor líder de los estándares y procesos calidad talento humano</p>	
<p>Los derechos de los pacientes les son</p>						<p>Realizar un ajuste preliminar al código de ética y buen gobierno</p>						<p>Planeación y seguimiento institucional Cogestor Jefe Control interno Cheila Alvarado Jaime Navas Claudia Frank Danilo</p>	
						<p>Citar comité de ética para revisión final y aprobación del código de ética y buen gobierno</p>						<p>Atención al usuario Cogestor Jefe Control interno Cheila Alvarado Jaime Navas Claudia Frank Danilo</p>	

<p>Estándar 5. Código: (AsSP1) La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante:  Una estructura funcional para la seguridad del paciente. • La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos</p>	<p>Revisar y ajustar comité de evento adverso de manera que cumpla con los criterios del estándar.</p>					<p>Definir la metodología que la institución va a utilizar para la evaluación de evento adverso</p>					<p>Subgerencia Científica Coordinador de Calidad Carime castro</p>	
<p>Estándar 66. Código: (AsSIR9) Los registros que son usados en los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, incluidos los acrónimos a ser usados tanto en la parte médica como en la administrativa. Los registros deben garantizar su completitud, independientemente de donde se reciba y atienda el paciente, y debe facilitar la coordinación y continuidad de los cuidados</p>	<p>Definir los acrónimos a utilizar en la institución tanto por el personal medico como asistencial.</p>					<p>Incluir en el procedimiento de diligenciamiento de historia clínica el listado de acrónimos permitidos en la institución</p>					<p>Coordinador Medico Comité Historias Clínicas Cogestor Coordinador de calidad</p>	
<p>Estándar 68. Código: (AsSIR11) La gerencia de la red garantiza, para aquellos casos en los que el paciente es visto con un enfoque integral de atención por varios prestadores de la red, que en cada una de estas atenciones se evalúe el estado de salud del mismo y esta información quede consignada en los registros clínicos.</p>	<p>Diseñar procedimiento para garantizar que en cada atención independiente de la sede, sea valorado el estado de salud del paciente y esta quede consignada en la historia clínica.</p>					<p>Informar a gerencia la oportunidad de mejora de este estándar de manera que se tomen las medidas pertinentes</p>					<p>Coordinador calidad</p>	
<p>Estándar 23. Código: (AsPL2) Existe un proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluye implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta. En cualquier tipo de organización, esta planeación incluye:  • 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 protocolos y los procedimientos definidos por el laboratorio clínico, los</p>	<p>Establecer los mecanismos de evaluación de adherencia a la Guías con metodología de Auditoría de las historias clínicas y listas de chequeo de cuidados de enfermería, protocolos y procedimientos resultantes de la adopción de la Guía</p>					<p>Revisar y ajustar el comité de historia clínica incluyendo periodicidad, integrantes, responsables y funciones</p>					<p>Coordinador medico Cogestor Coordinador de Calidad</p>	
<p>Estándar 28. Código: (AsPL7) La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.  • Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente. • Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno- infantiles).</p>	<p>1. Documentar los procedimientos descritos por el estándar de los cuales se tiene evidencia que se realizan algunas actividades sueltas.</p>					<p>Elaborar procedimiento e instrumentos para realización de auditoría de historia clínica</p>					<p>Coordinador de calidad Cogestor Coordinador de calidad</p>	
						<p>Socializar a todos los colaboradores los planes de contingencia establecidos</p>					<p>Coordinador Medico Comité Historias Clínicas Cogestor Coordinador de calidad</p>	
						<p>Elaborar cuadro de seguimiento a la elaboración del documento o documentos que describen lo solicitado en el estándar</p>					<p>Coordinador de calidad Cogestor Lider de proceso de partos y coordinadora de pediatría</p>	
						<p>Evaluar que guía clínica debe incluir cada ítem solicitado en el estándar y adicionarlo a las mismas</p>					<p>Lider de proceso de partos y coordinadora de pediatría Cogestor Coordinador de Calidad</p>	
						<p>Realizar seguimiento al cumplimiento de lo estandarizado en la guía de atención de embarazo de alto riesgo a través de la auditoría de historia clínica</p>					<p>Coordinador Medico Comité Historias Clínicas Cogestor Coordinador de calidad</p>	

<p>Estándar 29. Código: (AsPL8) La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los</p>	<p>1. Ajustar la parametrización en la historia clínica sistematizada de los criterios de AIEPI y datos importantes para direccionar al paciente a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p>					<p>Seleccionar los parametros de la estrategia AIEPI que seran incluidos en la historia clinica</p>					<p>Coordinador medico Cogestor Coordinador calidad- Coordinador enfermeria</p>	
<p>Estándar 31. Código: (ASPL10) La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos de no tratamiento, de manera que puedan tomar</p>	<p>Documentar el procedimiento para el diligenciamiento de consentiminetos y desistimientos.</p>					<p>Elaborar procedimiento para diligenciamiento de historia clinica.</p>					<p>Coordinador de calidad</p>	
<p>Estándar 33. Código: (ASPL12) La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente; incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño del plan farmacológico de tratamiento.</li> <li>• Aplicación de la política de uso racional de antibiótico.</li> <li>• Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación</li> </ul>	<p>Documentar el programa de Farmacovigilancia que defina el cumplimiento normativo, incluyendo el reporte interno y externo, seguimiento de medicamentos externos, con formato de recepción y el seguimiento y recepción técnica de los medicamentos que la institución contrata directamente.</p>					<p>Revisar y ajustar comité de farmacia incluyendo integrantes, funciones ,responsabilidades y periodicidad de las reuniones.</p>					<p>Coordinador de farmacia Cogestor Coordinador de Calidad</p>	
<p>Estándar 40. Código: (AsEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.</p>	<p>Realizar la adaptación de las guías de clínicas, con enfoque de manejo integral e interdisciplinario, incluyendo el plan de cuidado de enfermería.</p>					<p>Organizar la metodología para revisión y actualización de las guías clínicas basadas en la evidencia</p>					<p>Coordinador calidad Cogestor Coordinador medico y de enfermería</p>	
<p>Estándar 41. Código: (AsEJ2) El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, que incluye como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma:</li> <li>1 Óptimo entendimiento y aceptación por parte del usuario del tratamiento y sus objetivos.</li> <li>2 El esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben, horarios e interacciones; se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos</li> </ul>	<p>incluir en la auditoria de historia clínica criterios exigidos por este estándar.</p>					<p>Elaborar procedimiento formatos para realización de auditoria historia clínica teniendo en cuenta lo solicitado en el estándar</p>					<p>Coordinador calidad Cogestor Coordinador medico y de enfermería</p>	
<p>Estándar 45. Código: (AsEJ6) La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.</p>	<p>1.Estandarizar la evaluación periódica de las historias clínicas incluyendo los eventos adversos y los solicitado en el estándar</p>					<p>Incluir en la auditoria de historia clinica un ítem que especifique la búsqueda de posibles eventos adversos</p>					<p>Coordinador calidad Cogestor Coordinador medico y de enfermería</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los parámetros que se utilicen para definir las necesidades de educación en salud deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención.</li> <li>• El proceso cuenta con metas y objetivos claramente definidos, con un sistema de</li> </ul>	<p>2. Ajustar el procedimiento de Auditoria concurrente para que incluya los criterios requeridos por el estándar.</p> <p>3. Elaborar indicador para medir adherencia a guías clínicas.</p>					<p>Incluir en el procedimiento de auditoria clinica la metodología para la socialización de los resultados de la misma</p> <p>Elaborar e implementar indicador de adherencia a guías clínicas ya sea por servicio, especialidad y el institucional</p>					<p>Coordinador calidad Cogestor Coordinador medico y de enfermería</p>	

Implementar y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Porcentaje de cumplimiento	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso	No se conoce	100%	Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar y socializar los documentos del procesod e partos		Porcentaje de cumplimiento	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso			
	Mantener actualizados los sistemas de información.					Llevar al día evaluación de indicadores de los diferentes planes que cuenta la institucion							
	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Porcentaje de asisitencia	promedio de asistencia de personal de partos/total de personal	No se conoce	90%	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con atencion al usuario	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion en aspectos relacionados con atencion al usuario Realizar por lo menos una capacitacion mediante plataforma virtual sobre temas relacionados con atencion al usuario.		Porcentaje de asisitencia	promedio de asistencia de personal de partos/total de personal			









**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado

*Evolucionamos pensando en usted* **PLA-00-F05**




**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado

*Evolucionamos pensando en usted* **PLA-00-F05**







**SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEPARTAMENTAL-COMPONENTE DE EFICACIA**

<b>DEPARTAMENTO:</b>		ARAUCA												
<b>CÓDIGO DANE</b>		81												
<b>PLAN DE DESARROLLO:</b>		ES HORA DE RESULTADOS 2012-2013												
<b>PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015</b>														
<b>DIMENSIÓN DEL PDD:</b>		SOCIAL			<b>META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:</b>									
<b>SECTOR DEL PDD:</b>		SALUD												
<b>PROGRAMA DEL PDD:</b>		CUENTAS MEDICAS												
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCION	
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2014)				
CARTERA	Recepcionar, verificar y procesar de manera oportuna los registros de las facturas por cobrar de la ESE Hospital del Sarare por concepto de prestación de los servicios de salud y a su vez gestionar el recaudo de los mismos, con el fin de aportar a la razonabilidad en las cifras y generar liquidez a la entidad.	Mantener actualizado en un 100% el proceso de contabilización, verificación y procesamiento de los registros de las facturas radicadas en las administradoras por prestación de servicios de salud de la ESE Hospital del Sarare	EMPRESAS ACTUALIZADAS (AL TRIMESTRE) / TOTAL EMPRESAS DEUDORAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD			Contabilización de las Cuentas por Cobrar	98%	(Cuentas Radicadas / Ctas Recepcionadas)*100	100%			Tecnicos de Cartera		
						Contabilización de pagos	98%	(Pagos contabilizados/Pagos ingresados en el mes)*100	100%			Tecnicos de Cartera		
						Confrontacion y Depuracion de los estados de cuenta de los clientes con subproceso de Contabilidad	100 % SEMESTRAL	Empresas confrontadas/Total Empresas*100				Tecnicos de Cartera		
						Registros y Causación de Glosas a diario	100%	Glosas reportadas a Auditoria Médica / Glosas registradas en cartera *100	100%			Tecnicos de Cartera		
						Elaboración de Informes, internos y externos	29	Informes elaborados/informes requeridos *100	100%			Tecnicos de Cartera		
	Gestionar de forma oportuna el recaudo de la cartera por la prestación de servicios de salud, para garantizar la rentabilidad financiera de la institución.	% DE RECAUDO = TOTAL INGRESOS OBTENIDOS DURANTE EL TRIMESTRE / TOTAL CARTERA- (CARTERA CORRIENTE- CARTERA OBJETADA)				Gestión de Cobro Via Administrativa	87 empresas	Gestión de cobro realizado / No. De pagos obtenidos a empresas que gestionamos * 100				Abogada de Cartera, Tecnicos Cartera		
						Realización Cobro Persuasivo	30	Realización de cobro Persuasivo elaborados/ cobros persuasivos requeridos			Abogada de Cartera			
						Realización Cobros Jurídicos	6	Cobros realizados/Empresas a cobro jurídico *100			Abogada de Cartera			
						Realización del proceso de Circularización de Saldos	87	Empresas Circularizadas / Empresas Responsables de pago *100	100%		Tecnicos de Cartera			
	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.				Revision de la documentacion del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente		Actualizar y socializar los documentos del proceso de cartera						
Mantener actualizados los sistemas de información.										Llevar estadísticas al día		Velar porque todos los movimientos de cartera esten registrados en el sistema.	100%	

	Incluidos en la plataforma estrategica	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE				Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con los subprocesos de gestión y recuperación de cartera de acuerdo con la normatividad vigente		Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion	90%				
							Realizar capacitaciones periodicas al personal en aspectos relacionados con el area		0%				

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA												
DEPARTAMENTO:		ARAUCA										
CÓDIGO DANE		81										
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015										
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015												
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:							
SECTOR DEL PDD:		SALUD										
PROGRAMA DEL PDD:		SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL										
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)		
SUBPROGRAMA:												
MECI-CALIDAD CONTROL INTERNO	Realizar a seguimiento al mantenimiento e implementación del Sistema integrado de Gestión	Verificación a la Evaluación del el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad	% cumplimiento		95%	1, Monitoreo Plan de Mejoramiento. 2, Elaboracion informe Anual de cumplimiento al MECI 3, Elaboracion de informe cutrimestral del cumplimiento al MECI 4, Segimiento a la administracion del riesgo 5, Evaluar el cumplimiento en la entrega de informes a entes de control 6, Realizacion auditorias al SIAU 7, Realizar acciones para el fomento de la cultura de autocontrol	Actividades Planteadas/Actividades ejecutadas	% Cumplimiento	90.00%		Asesor de Control Interno	
		Evaluación del Control Interno Institucional	% cumplimiento									
		Fomento de la cultura de Autocontrol	% cumplimiento									
		Evaluación y Seguimiento al Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)	% Cumplimiento de requisitos del SIAU									
SUBPROGRAMA:												
MECI-CALIDAD CONTROL INTERNO	Relacion con entes de control	Elaboracion de informes a entes de control	Cumplimiento al envio en las fechas establecidas	95.00%	100%	1, Elaboracion informe Anual de cumplimiento al MECI 2, Elaboracion Informe Control Interno Contable 3, Elaboracion Informe a la Contraloria Departamental. 4, Informe de Evaluacion por Dependencias. 4, Elaboracion de informe cutrimestral del cumplimiento al MECI 5, Elaboracion de Informe semestral de seguimieto a derechos de peticion quejas y reclamos 6, Elaboracion de informes de derechos de autor 7, Evaluacion cutrimestral Plan Anticorrupcion 8.Seguimiento y evaluacion al Plan de Mejoramiento suscrito con la contraloria Departamental. 9. Evaluar el cumplimiento en la entrega de informes a entes de control	Cumplimiento de envio en los terminos establecidos	No de informes enviados en fechas establecidas/total de informes a enviar	95.00%	100%	Asesor de Control Interno	el informe de evaluacion por dependencia esta incompleto, los demas estan completos
SUBPROGRAMA:												

MECI-CALIDAD CONTROL INTERNO	Verificar el cumplimiento permanente de los procesos a través de la autorregulación, autocontrol y autoevaluación para garantizar la efectividad, eficiencia y eficacia de la institución.	Realización de auditorias a las diferentes areas de la institucion	% cumplimiento plan de auditoria POA	75.00%	90%	*Realizar el Plan anual de auditorias POA *Presentar el Plan anual de auditorias al comité MECI- CALIDAD *Ejecutar el Plan aunua de auditoria	Cumplimiento del POA	Numero de auditorias realizadas/Numero auditorias programadas	75%	90%	Asesor control Interno	ya se realiaron algunas pero no se ha presentado el plan anual de auditoria al comité MECI-CALIDAD	82%
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
MECI-CALIDAD	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Aumentar la satisfacción del usuario.	% satisfacion de los usuarios	84.62%		Realizar seguimiento a contestacion de quejas directas Realizar seguimiento a PQRS Realizacion seguimiento oportunidades de mejora identificadas en el informe de sastifacion de los usuarios.	Reslizar dos informes de auditoria de seguimiento en la constestacion de quejas y reclamos, y seguiminto a acciones de mejora implementadas	Auditorias planeadas/auditorias realizadas	100%	100%			
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	% Cumplimiento	0	90%	Realizar seguimieto al la implementacion del programa de seguridad del pte	Auditoria realizadas/auditorias programdas	% Cumplimiento	NLB	90%			
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Documentos actualizados/total documentos definidos en el proceso.	0	90%	Revision de la documentacion del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar y socializar los documentos del proceso de seguimiento institucional.	Documento actualizados/total documentos definidos en el proceso.	0	90%			
		Mantener actualizados los sistemas de información.	Actividades ejecutadas/Actividades planeadas	0	90%	*Realizar seguimiento al Plan de comunicaciones. *Realizar inventarios (seguimiento al sistema de inventarios) *Realizar seguimiento al sistema de correspondencia en cuanto a la recepcions, de quejas reclamos sugerencias y derechos de peticion.	Cumplimiento 90% auditorias planeadas	Actividades ejecutadas/Actividades planeadas	0	90%			
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con s con Control Interno, Calidad y/o calidad en salud	50%	100%	1, Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion. 2, Realizar capacitaciones mediante plataforma virtual DOS por cada colaborador de la dependencia.	Porcentaje de asisitencia	Actividades programadas/Actividades ejecutadas	NLB	100%			se han hecho 2 capacitaciones
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
	Estándar 87, 102, 139. Código: (DIR MMC 1), (GER MCC 1), (GT MCC 1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso					1. Revision y comparacion de metodologias de analisis causal. -Revisar la medotodogia actual formato SEI-01-F10 y SEI-01-F11 co otras metodolgia aplicables.	Comparacion Realizada	% cumplimiento de actividades propuestas	0	100%			

<p>organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta: CRITERIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.</li> <li>• La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización.</li> <li>• La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.</li> <li>• El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad.</li> <li>• La comunicación de los resultados.</li> </ul>	<p>Fortalecer el despliegue y la aplicabilidad de la metodología de analisis causal a todos los niveles de la organización</p>	<p>Promedio de la calificación de la autoevaluación cuntitativa en el desarrollo del ciclo de Acreditacion. ESTANDAR MEJORAMEINTO</p>	<p>1.2</p>	<p>1.3</p>	<p><b>2. REVISAR la metodología de analisis causal</b> -Documentar el procedimiento</p> <p><b>3. Despliegue de la metodología de analisis causal</b></p> <p><b>4. Evaluar el uso y aplicabilidad de la metodología de analisis causal</b></p> <p><b>5. Implementacion de acciones de mejora acorde a los resultados presentado de la aplicacion dela metodología.</b></p>	<p>DocumentoANALISIS CAUSAL (Gestion de oportunidades de mejora)</p> <p>Dar a conocer a los colaboradores y lideres de proceso la metodología de analisis causal</p> <p>Realizar auditoria del cumplimiento de procedimiento definido</p> <p>% cumplimiento de acciones de mejora del informe de auditoria</p>	<p>Documento realizado</p> <p>% de despliegue de metodologia de analisis causal # colaboradores capacitados/tot al colaboradores</p> <p>Auditoria realizada</p> <p>acciones de mejora implementadas /acciones de mejora plantedadas en el informe.</p>	<p>NLB</p> <p>NLB</p> <p>NLB</p> <p>NLB</p>	<p>Documento realizado</p> <p>*socializar metodologia del 60% a coloboradores *Socializaar metodologia al 100% a lideres de proceso.</p> <p>Informe de Auditoria</p> <p>90 de cumplimiento de las acciones de mejora</p>	<p>Grupo MECI-CALIDAD</p>	<p>se hizo la revision y la comparacion de metodologias del analisis causal y se lleo a la conclusion de seguir aplicando las metodologias actuales debido a que estas son propias de cada proceso</p>	<p style="background-color: yellow;"></p>
<p>Estándar 154. Código: (MCC1) Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual: Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene un enfoque sistémico.</li> <li>• Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional.</li> <li>• Incluye las oportunidades de</li> </ul>	<p>1.Diseñar un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo institucional de la calidad orientado hacia los resultados donde se articule: - incluir las oportuniddaes de mejora identificadas en la evaluacion del SUA. integrando las oportunidades</p>				<p><b>1. Reunion con lideres de proceso y estandares para articular los planes de mejora de todas las autoevaluaciones y la relación con otros sistemas y determinar los indicadores a medir .</b> *Realizar reunion con lideres de proceso *Concertar y definir indicadores con los lideres de proceso. *Articulacion de planes de mejora</p>	<p>Concertacion y Definición de indicadores seguimiento a las oportunidades de mejora, con lideres de proceso.</p>	<p>No de reuniones ejecutadas/No reuniones planedas</p>	<p>NLB</p>	<p>100%</p>		<p style="background-color: yellow;"></p>	<p style="background-color: yellow;"></p>

<p>mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoria y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.</li> <li>Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes.</li> <li>Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el</li> </ul>	<p>de mejora de los diferentes sistemas de gestión de la organización</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>definir los responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora.</li> <li>Determinar los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia,</li> </ul>	<p>Promedio de la calificación de la autoevaluación cunitativa en el desarrollo del ciclo de Acreditación. ESTANDAR 154</p>	1	1.3	<p><b>2, Elaborar el documento formal que defina el desarrollo del proceso:</b></p> <p>a., Elaborar un procedimiento de PLANEACION DEL MEJORAMIENTO CONTINUO, que incluya <u>oportunidades de mejora</u> identificadas la evaluación del cumplimiento de estándares de acreditación, las identificadas en monitoria y seguimiento a procesos y seguimiento a indicadores, las de procesos de referenciación, las definidas en los planes de mejoramiento interno y entes de control, etc.</p> <p>b., Unificar el formato de Plan de mejoramiento, Accion preventiva accion correctiva,etc.</p> <p>c., Definir los indicadores de seguimiento del plan de mejora unificado</p> <p>d, Medicion de los indicadores definidos y su impacto sobre el usuario y su familia.</p>	<p>Elaboracion de procedimiento de planeacion del mejoramiento</p>	<p>Actividades ejecutadas/actividades programadas para la elaboracion del documento planeacion del mejoramiento</p>	NLB	Documento PLANEACION DEL MEJORAMIENTO	Asesor Control Interno		
<p><b>Estándar 155. Código: (MCC2)</b></p> <p>La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de</li> </ul>	<p>Diseñar la metodología desde gerencia para ejecutar los planes de mejora articulados con los criterios del estándar.</p>	<p>Promedio de la calificación de la autoevaluación cunitativa en el desarrollo del ciclo de Acreditación. ESTANDAR 155</p>	1	1.4	<p>A traves de reuniones donde se plantee como los lideres han definido su trabajo al interior del estandar o las directrices sugeridas desde gerencia para establecer las fechas de seguimineto, como se van a realizar los mismos, que documentación se va revisar como evidencias de los seguimientos, empleando la metodología para enfoque al usuario</p>	<p>Priorizar oportunidades de mejora definidas en el desarrollo del proceso. - Ejecución y monitoreo de las oportunidades de mejora priorizadas.</p>	<p>Oportunidades de mejora realizadas/Total de oportunidades de mejora % ejecutado (plan de mejora)</p>	NLB	80%	Gerente Sugerencias Control Interno		
<p><b>Estándar 157. Código: (MCC4):</b></p> <p>Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, según aplique.</li> <li>Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal.</li> <li>Los canales apropiados para la</li> </ul>	<p>Definir la metodología y estrategias de comunicación de los resultados del mejoramiento al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad.</p>	<p>Promedio de la calificación de la autoevaluación cunitativa en el desarrollo del ciclo de Acreditación. ESTANDAR ME 157</p>	1	1.3	<p>1, Establecer reuniones con las empresas que prestan servicios tercerizados con el fin de presentar los resultados del mejoramiento y trabajar articuladamente en las consecución de los planes y estrategias planteadas.</p>	<p>Participar en la reuniones programadas con empresas que prestan servicios tercerizados con el fin de presentar los resultados de mejoramiento</p>	<p>No de reuniones realizadas/ No de reuniones programadas</p>	NLB	90%	Subgerente Cientifico Seguimiento Institucional		
<p><b>Estándar 1. Código: (AsDP1)</b></p> <p>La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso</p>					<p>2, Revisar con SIAU, coordinación médica y enfermería las posibles estrategias para informar a los usuarios y su familias acerca de los avances, cambios, resultados obtenidos a partir de la implemnetación de los planes. Así como las fechas de publicación para luego desarrollarlas según los tiempos determinados</p>	<p>Establecer canales de comunicación que permitan captar el mayor numero de recepteros (usuarios y familiares)</p>	<p>No de estrategias realizadas/No de estrategias programadas</p>	NLB	90%	Subgerente Cientifico coordinación medica Imagen corporativa Seguimiento Institucional		
					<p><b>1, Realizar revision de la resolucion del comité de etica para ajustar integrantes,funciones y periodicidad de reunion</b></p>	<p>Actualizacion del comité de Etica Hospitalario</p>	<p>Acto Administrativo de conformacion de Comité de etica ajustado</p>	NLB	Acto Administrativo de conformacion de Comité de etica ajustado	Juridaca Control Inteno		

<p>de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p> <p>Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).</p>	<p>1. Realizar revisión y ajuste del código de ética y buen gobierno</p>	<p>Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa en el desarrollo del ciclo de Acreditación. ESTANDAR 1</p>	<p>1</p>	<p>1.5</p>	<p><b>2, Realizar un ajuste preliminar al código de ética y buen gobierno</b></p>	<p>Actualizar el Código de Ética y el Código de buen gobierno</p>	<p>Documento actualizados/ documentos por actualizar</p>	<p>NLB</p>	<p>100%</p>	<p>Juridaca Control Inteno</p>		
					<p><b>3, Citar comité de ética para revisión final y aprobación del código de ética y buen gobierno</b></p>	<p>Aprobación de Código de Ética y el Código de buen gobierno</p>	<p>Código de Ética y el Código de buen gobierno aprobado</p>	<p>NLB</p>	<p>Código de Ética y el Código de buen gobierno aprobado</p>	<p>Comité de ética</p>		
					<p><b>4, Definir estrategias de socialización del documento a colaboradores, usuarios y familia.</b> *Definir en un documento, estrategias de socialización en conjunto con el comité de MECI-CALIDAD e imagen corporativa</p>	<p>Documentar y aprobar estrategias de socialización del código de ética y código de buen gobierno</p>	<p>Documento elaborado</p>	<p>NLB</p>	<p>Documento elaborado</p>	<p>Control Interno Imagen Corporativa</p>		
					<p><b>5, Socializar a colaboradores, usuarios y familia</b></p>	<p>Ejecutar el 100% de la estrategias definidas en el documento estrategias de socialización del código de ética.</p>	<p>No estrategias ejecutadas/ No de estrategias definidas</p>	<p>NLB</p>	<p>100%</p>	<p>Control Interno Imagen Corporativa</p>		

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015											
<b>PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015</b>													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		Coordinación enfermería											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
						<b>socializar y presentar el programa de seguridad del paciente</b>		<b>95%</b>	<b>100%</b>				
	Mejorar la seguridad del paciente	Promoción del programa prácticas seguras	% de avance	30%	70%	Utilizar al menos dos identificadores de pacientes siempre que se administre medicación, sangre o derivados o se realice toma de muestras	Verificación de la Historia Clínica Identificación de pacientes por medio de brazaletes	numero de pacientes hospitalizados e identificados/numero de pacientes hospitalizados x100		100%	Coord Enfermería		
Programar capacitaciones para socialización de los protocolos de la ESE y adherencia de los mismos						Capacitación protocolos de prácticas seguras	numero de auxiliares que se adhieren a los protocolos/numero total del auxiliares x 100	90%	95%	Coord Enfermería			
incentivar la cultura de las recomendaciones sobre higiene de las manos.						Promover cultura higiene de las manos	numero de infecciones intrahospitalarias relacionadas con lavado de manos/numero de infecciones hospitalariasx100	85%	95%	Coord Enfermería			
Poner en práctica un programa de prevención de caídas y evaluar su efectividad						Fortalecer programa	numero de eventos adversos por caídas/total de eventos adversos x100	50%	90%	Coord Enfermería			
	Está 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.  <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.</li> </ul> Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:					apoyo a Elaborar documento que describa el procedimiento de admisión y registro en todas las áreas y todas las sedes	crear el procedimiento de admisión y registro	numero de documentnos procedimientos elaborados para el procedimiento de admisión y registro / número total de documentos de procedimientos de admisión y registro en todas las áreas y todas las sedes			Coord Enfermería		

<p>siguientes actividades.</p> <p>1 Identificación del personal de la organización que va a estar a cargo del usuario.</p> <p>2 Mecanismos redundantes de identificación del usuario.</p> <p>3 Definición de riesgos de acuerdo con condición al ingreso.</p> <p>4 Los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento por el equipo de salud.</p> <p>5 Priorización de los pacientes que deben atenderse en todos los servicios.</p> <p>6 Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición representa sobre la vida del paciente.</p> <p>7 identificación de los pacientes en la urgencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se tiene estandarizada la preparación previa que el usuario debe cumplir con el fin de que le sean realizados los procedimientos ordenados por el equipo de salud y se verifica que se cumpla con dicha preparación. El personal de recepción deberá informar al usuario que no esté adecuadamente preparado sobre los pasos a seguir para el cumplimiento de dicho requisito. En todo caso, se apoyará por los profesionales y técnicos de la organización en caso de presentarse Estándar 40. Código: (ASEJ1)</li> </ul>	<p>1. Documentar el proceso de registro y admisión de usuarios en todos los servicios, teniendo en cuenta todo lo solicitado en el estándar</p>	<p>1</p>			<p>apoyo a Definir estrategia para socializar las documento para registro y admisión de pacientes a colaboradores ,usuarios y familia</p>	<p>socializar, capacitar y realizar seguimiento a la implementación de los registros de admisión a los colaboradores, usuarios y familia.</p>	<p>numero de personas que participan de la estrategia de socialización de los documentos para registro y admisión de pacientes / número total de colaboradores, usuarios y familiares en un día determinado.</p>			<p>Coord Enfermeria</p>		
<p>Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función en un equipo de trabajo; La organiza la suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida.</li> <li>Se realizan interconsultas en forma oportuna y se evalúa la efectividad de las mismas.</li> <li>La organización promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza valoración nutricional.</li> </ul> </li> <li>Se tienen en cuenta todos los riesgos principales de los pacientes. <ul style="list-style-type: none"> <li>La organización garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención.</li> <li>Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Realizar la adaptación de las guías de clínicas, con enfoque de manejo integral e interdisciplinario, incluyendo el plan de cuidado de enfermería.</p>	<p>1</p>			<p>apoyo a Organizar la metodología para revisión y actualización de las guías clínicas basadas en la evidencia</p>	<p>crear dentro de los grupos de área la revisión y actualización de las guías clínicas basadas en la evidencia</p>	<p>número de grupos de áreas que revisan y actualizan las guías/ número total de grupos de área que revisan y actualizan las guías.</p>			<p>Coord Enfermeria</p>		
					<p>apoyo a Elaboración ,actualización o adopción de las guías clínicas establecidas para la institución de acuerdo al perfil epidemiológico</p>	<p>Elaborar guías clínicas establecidas para la institución de acuerdo al perfil.</p>	<p>número de guías clínicas elaboradas según perfil epidemiológico / número total de guías clínicas elaboradas según perfil epidemiológico</p>			<p>Coord Enfermeria</p>		
					<p>apoyo a Socializar guías actualizadas al personal asistencial</p>	<p>Instruir y socializar las guías actualizadas al personal asistencial.</p>	<p>número de personas que participan de la socialización de las guías actualizadas/ número total personal asistencial.</p>			<p>Coord Enfermeria</p>		

Coordinación enfermería

<p>Estándar 41. Código: (ASEJ2)</p> <p>El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, que incluye como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma:             <ol style="list-style-type: none"> <li>Óptimo entendimiento y aceptación por parte del usuario del tratamiento y sus objetivos.</li> <li>El esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben, horarios e interacciones; se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de reacciones adversas medicamentosas.</li> </ol> </li> <li>Información necesaria y suficiente de resultados de los exámenes o los procedimientos diagnósticos, garantizando el adecuado entendimiento por parte del usuario y/o su familia, especialmente cuando se trate de pacientes menores de edad, o con algún grado de discapacidad física y/o mental.             <ul style="list-style-type: none"> <li>Acompañamiento y asesoría especializada para información de resultados en los casos de pacientes con enfermedades catastróficas, especialmente cáncer, ETS, VIH o SIDA:                 <ol style="list-style-type: none"> <li>Cuidados que se han de brindar en el momento de la hospitalización y necesidades después del egreso (cuidados en casa, si aplica).</li> <li>Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo su participación en la prevención de infecciones.</li> </ol> </li> <li>Participación activa del usuario en promover su propia seguridad.</li> </ul> </li> <li>La organización evalúa el entendimiento por parte de los usuarios de toda la información y la educación recibidas durante el proceso de atención.             <ul style="list-style-type: none"> <li>Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</li> </ul> </li> </ul>	<p>incluir en la auditoria de historia clínica criterios exigidos por este estándar.</p>	<p>1</p>			<p>apoyo a Elaborar procedimiento formatos para realización de auditoria historia clínica teniendo en cuenta lo solicitado en el estándar</p>	<p>elaborar formatos para la realización auditoria historia clínica.</p>	<p>formato de auditoria historia clínica</p>			<p>Coord Enfermería</p>		
<p>Estándar 43. Código: (ASEJ6)</p> <p>La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los parámetros que se utilicen para definir las necesidades de educación en salud deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención.</li> <li>El proceso cuenta con metas y objetivos claramente definidos, con un sistema de evaluación (incluyendo indicadores de satisfacción del usuario) y un sistema proactivo de mercadeo o información a los potenciales usuarios.</li> <li>Los programas se apoyan con materiales educativos que faciliten el cumplimiento del objetivo.</li> <li>Cuando existen grupos específicos de educación diferentes al equipo de salud tratante, debe existir un mecanismo definido de retroalimentación al grupo asistencial tratante. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente.             <ul style="list-style-type: none"> <li>La educación al usuario incluye su participación en la seguridad</li> </ul> </li> </ul>	<p>Estandarizar la evaluación periódica de las historias clínicas incluyendo los eventos adversos y los solicitados en el estándar</p>	<p>1</p>			<p>apoyo a Incluir en la auditoria de historia clínica un ítem que especifique la búsqueda de posibles eventos adversos</p>	<p>aplicar el ítem de búsqueda de posibles eventos adversos</p>	<p>ítem diligenciados para posibles eventos adversos/ total de eventos adversos</p>			<p>Coord Enfermería</p>		
	<p>Ajustar el procedimiento de Auditoria concurrente para que incluya los criterios requeridos por el estándar.</p>				<p>apoyo a Incluir en el procedimiento de auditoria clínica la metodología para la socialización de los resultados de la misma</p>	<p>ejecutar la metodología para el procedimiento de auditoria clínica</p>	<p>número de personas socializadas sobre los resultados de la auditoria clínica/número total de personal asistencial</p>			<p>Coord Enfermería</p>		
	<p>Elaborar indicador para medir adherencia a guías clínicas.</p>				<p>apoyo a Elaborar e implementar indicador de adherencia a guías clínicas ya sea por servicio, especialidad y el institucional</p>	<p>implementar indicador de adherencia a guías clínicas</p>				<p>Coord Enfermería</p>		
	<p>Aumentar la satisfacción del usuario.</p>				<p>apoyo a Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios</p>	<p>Dar cumplimiento a la respuesta de quejas en los plazos establecidos</p>	<p>numero de respuesta a las quedas en los plazos establecidos/ número total de quejas establecidas</p>			<p>Coord Enfermería</p>		

Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.				apoyo a Realizar apoyo de evaluación de guías, manuales y protocolos, y actualizar socializar e implementar las que estén desactualizadas	Guías actualizadas y socializadas	Porcentaje cumplimiento	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso				
	Mantener actualizados los sistemas de información.				apoyo a Seguimientos a informes estadísticos, Evolucionar y escribir en la historia clínica todo lo que se hace en el día a día	Mantener actualizado la información estadística y el software Dinámica						
	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				apoyo Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con atención al usuario	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución en aspectos relacionados Realizar por lo menos una capacitación mediante plataforma virtual gratuito sobre temas relacionados	numero de personas que asisten a las capacitaciones convocadas/número total de personas convocadas.			Coord Enfermería		

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA													
DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE:		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015											
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2014													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:									
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		Coordinación enfermería											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
	Estándar 16. Código: (ASREG1) Está 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.  • 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. • Incluye el uso de controles de identificación redundante. Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades: 1 Identificación del personal de la organización que va a estar a cargo del usuario. 2 Mecanismos redundantes de identificación del usuario. 3 Definición de riesgos de acuerdo con condición al ingreso. 4 Los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento por el equipo de salud. 5 Priorización de los pacientes que deben atenderse en todos los servicios. 6 Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición representa sobre la vida del paciente. 7 Identificación de los pacientes en la urgencia. • Se tiene estandarizada la preparación previa que el usuario debe cumplir con el fin de que le sean realizados los procedimientos ordenados por el equipo de salud y se verifica que se cumpla con dicha preparación. El personal de recepción deberá informar al usuario que no esté adecuadamente preparado sobre los pasos a seguir para el cumplimiento de dicho requisito. En todo caso, se apoyará por los	1. Documentar el proceso de registro y admisión de usuarios en todos los servicios, teniendo en cuenta todo lo solicitado en el estándar	1			socializar y presentar el programa de seguridad del paciente		95%	100%				
						apoyo a Elaborar documento que describa el procedimiento de admisión y registro en todas las áreas y todas las sedes	crear el procedimiento de admisión y registro	número de documentos elaborados para el procedimiento de admisión y registro / número total de documentos de procedimientos de admisión y registro en todas las áreas y todas las sedes			Coord Enfermería		
						apoyo a Definir estrategia para socializar las documento para registro y admisión de pacientes a colaboradores ,usuarios y familia	socializar, capacitar y realizar seguimiento a la implementación de los registros de admisión a los colaboradores, usuarios y familia.	número de personas que participan de la estrategia de socialización de los documentos para registro y admisión de pacientes / número total de colaboradores, usuarios y familiares en un día determinado.			Coord Enfermería		
						apoyo a Implementar proceso de registro y admisión en todas las áreas que aplique y todas las sedes	Socializar el proceso de implementación de registro y admisión	número de personas que participan de la socialización / número total personas de las áreas y sedes			Coord Enfermería		
	Estándar 40. Código: (ASEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.  • La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función en un equipo de trabajo; La organiza la suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida. • Se realizan interconsultas en forma oportuna y se evalúa la efectividad de las mismas. • La organización promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento. • Se realiza valoración nutricional. • Se tienen en cuenta todos los riesgos principales de los pacientes. • La organización garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	Realizar la adaptación de las guías de clínicas, con enfoque de manejo integral e interdisciplinario, incluyendo el plan de cuidado de enfermería.	1			apoyo a Organizar la metodología para revisión y actualización de las guías clínicas basadas en la evidencia	crear dentro de los grupos de área la revisión y actualización de las guías clínicas basadas en la evidencia	número de grupos de áreas que revisan y actualizan las guías/ número total de grupos de área que revisan y actualizan las guías.	30%	70%	Líderes de procesos. Representante medico de cada servicio. Auditor.	CREAR UN GRUPO DE EVALUACION, REVISION Y ACTUALIZACION DE GUIAS	
						apoyo a Elaboración ,actualización o adopción de las guías clínicas establecidas para la institución de acuerdo al perfil epidemiológico	Elaborar guías clínicas establecidas para la institución de acuerdo al perfil.	número de guías clínicas elaboradas según perfil epidemiológico / número total de guías clínicas elaboradas según perfil epidemiológico	30%	50%	Líderes de procesos. Representante medico de cada servicio. Auditor.	A TRAVES DE LA ASIGNACION DE FUNCIONES PARA EL GRUPO DE ANALISIS Y EVALUACION Y ACTUALIZACION.	
						apoyo a Socializar guías actualizadas al personal asistencial	Instruir y socializar las guías actualizadas al personal asistencial.	número de personas que participan de la socialización de las guías actualizadas/ número total personal asistencial.	30%	50%	Líderes de procesos. Representante medico de cada servicio. Auditor.	IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS DE INFORMACION, CAPACITACION Y EDUCACION AL PERSONAL ASISTENCIAL.	

<p>Estándar 41. Código: (AsEJ2) El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, que incluye como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma:             <ol style="list-style-type: none"> <li>Óptimo entendimiento y aceptación por parte del usuario del tratamiento y sus objetivos.</li> <li>El esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben, horarios e interacciones; se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de reacciones adversas medicamentosas.</li> </ol> </li> <li>Información necesaria y suficiente de resultados de los exámenes o los procedimientos diagnósticos, garantizando el adecuado entendimiento por parte del usuario y/o su familia, especialmente cuando se trate de pacientes menores de edad, o con algún grado de discapacidad física y/o mental.</li> <li>Acompañamiento y asesoría especializada para información de resultados en los casos de pacientes con enfermedades catastróficas, especialmente cáncer, ETS, VIH o SIDA:             <ol style="list-style-type: none"> <li>Cuidados que se han de brindar en el momento de la hospitalización y necesidades después del egreso (cuidados en casa, si aplica).</li> <li>Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo su participación en la prevención de infecciones.</li> </ol> </li> <li>Participación activa del usuario en promover su propia seguridad.</li> <li>La organización evalúa el entendimiento por parte de los usuarios de toda la información y la educación recibidas durante el proceso de atención.             <ul style="list-style-type: none"> <li>Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Incluir en la auditoria de historia clinica criterios exigidos por este estándar.</p>	<p>1</p>		<p>apoyo a Elaborar procedimiento formatos para realización de auditoria historia clinica teniendo en cuenta lo solicitado en el estándar</p>	<p>elaborar formatos para la realización auditoria historia clinica.</p>	<p>formato de auditoria historia clinica</p>	<p>8%</p>	<p>50%</p>	<p>Lideres de procesos. Representante medico de cada servicio. Auditor.</p>	<p>8%</p>	<p>Se da informacion por parte de medico tratante el estado del paciente, la evolucion natural de la enfermedad, pronostico y manejo medico. Igualmente se orienta sobre los cuidados, actividades y manejo ambulatorios según necesidad del paciente.</p> <p>Se elaboro para el servicio de ginecologia y neonatos un folleto con recomendaciones y cuidados ambulatorio (plan de salida).</p>
<p>Estándar 45. Código: (AsEJ6) La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los parámetros que se utilicen para definir las necesidades de educación en salud deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención.</li> <li>El proceso cuenta con metas y objetivos claramente definidos, con un sistema de evaluación (incluyendo indicadores de satisfacción del usuario) y un sistema proactivo de mercadeo o información a los potenciales usuarios.</li> <li>Los programas se apoyan con materiales educativos que faciliten el cumplimiento del objetivo.</li> <li>Cuando existen grupos específicos de educación diferentes al equipo de salud tratante, debe existir un mecanismo definido de retroalimentación al grupo asistencial tratante. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente.</li> <li>La educación al usuario incluye su participación en la seguridad durante el proceso de la atención.</li> </ul>	<p>.Estandarizar la evaluación periódica de las historias clínicas incluyendo los eventos adversos y los solicitados en el estándar</p>	<p>1</p>		<p>apoyo a Incluir en la auditoria de historia clinica un ítem que especifique la búsqueda de posibles eventos adversos</p>	<p>aplicar el ítem de búsqueda de posibles eventos adversos</p>	<p>ítem diligenciados para posibles eventos adversos/total de eventos adversos</p>	<p>50%</p>	<p>100%</p>	<p>Lideres de procesos. Representante medico de cada servicio. Auditor.</p>	<p>Se estandarizo la historia clinica. Se ajusto el comité de Historias Clínicas, las funciones y se socializo. Se socializo con personal medico asistencial a travez de TIC. Se establecio la programacion de reunion de evaluacion de historias clínicas.</p>	<p>50%</p>
<p>Los parámetros que se utilicen para definir las necesidades de educación en salud deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención.</p>	<p>Ajustar el procedimiento de Auditoria concurrente para que incluya los criterios requeridos por el estándar.</p>			<p>apoyo a Incluir en el procedimiento de auditoria clinica la metodologia para la socialización de los resultados de la misma</p>	<p>ejecutar la metodologia para el procedimiento de auditoria clinica</p>	<p>número de personas socializadas sobre los resultados de la auditoria clinica/número total de personal asistencial</p>	<p>30%</p>	<p>100%</p>	<p>Lideres de procesos. Representante medico de cada servicio. Auditor.</p>	<p>Durante el año 2014 se dieron espacios para evaluación y presentación de planes de mejora al personal asistencial por parte de auditoria concurrente y de cuentas medicas. Se hizo retroalimentacion personalizada al personal asistencial.</p>	<p>30%</p>
<p>Cuando existen grupos específicos de educación diferentes al equipo de salud tratante, debe existir un mecanismo definido de retroalimentación al grupo asistencial tratante. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente.</p>	<p>Elaborar indicador para medir adherencia a guías clínicas.</p>			<p>apoyo a Elaborar e implementar indicador de adherencia a guías clínicas ya sea por servicio, especialidad y el institucional</p>	<p>implementar indicador de adherencia a guías clínicas</p>		<p>40%</p>	<p>70%</p>	<p>Lideres de procesos. Representante medico de cada servicio. Auditor.</p>	<p>se evaluo la adherencia a guias de manejo de infarto, atencion del parto, oportunidad para apendicitomia, hipertension inducida por embarazo y neumonia broncoaspirativa en el recién nacido. Se programo la ampliacion de evaluacion a guias de manejo de Dengue, infeccion de vias urinarias. Se elaboraron folletos y plegables alusivos a la importancia de la adherencia a guias de manejo como estrategia de IEC</p>	<p>40%</p>
<p>Aumentar la satisfacción del usuario.</p>				<p>apoyo a Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios</p>	<p>Dar cumplimiento a la respuesta de quejas en los plazos establecidos</p>	<p>numero de respuesta a las quejas en los plazos establecidos/ número total de quejas establecidas</p>			<p>Coord Enfermeria</p>		
<p>Optimizar la gestión de los procesos del SGI.</p>				<p>apoyo a Realizar apoyo de evaluación de guías, manuales y protocolos, y actualizar socializar e implementar las que estén desactualizadas</p>	<p>Guías actualizadas y socializadas</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento de documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso</p>		<p>50%</p>	<p>Lideres de procesos. Representante medico de cada servicio. Auditor.</p>	<p>crear un equipo de evaluacion de guias, manuales y protocolo institucional.</p>	<p>50%</p>
<p>Mantener actualizados los sistemas de información.</p>				<p>apoyo a Seguir informando a informes estadísticos, Evolucionar y escribir en la historia clinica todo lo que se hace en el día a día</p>	<p>Mantener actualizado la informacion estadistica y el software Dinamica</p>						

	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				apoyo 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 gratuito sobre temas relacionados	numero de personas que asisten a las capacitaciones convocadas/número total de personas convocadas.			Coord Enfermeria		
--	---	--	--	--	---	--	---	--	--	------------------	--	--

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

<b>DEPARTAMENTO:</b>	ARAUCA
<b>CÓDIGO DANE</b>	81
<b>PLAN DE DESARROLLO:</b>	Es hora de resultados 2012 - 2015

**PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015**

<b>DIMENSIÓN DEL PDD:</b>	SOCIAL	<b>META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:</b>
<b>SECTOR DEL PDD:</b>	SALUD	
<b>PROGRAMA DEL PDD:</b>	SISTEMAS E INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			

**SUBPROGRAMA:**

ESTADÍSTICA	Notificar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica-SIVIGILA los eventos de interés en Salud Pública que se presenten en las diferentes sedes del Hospital del Sarare.	Mantener la notificación semanal	Porcentaje de cumplimiento de notificación			Entregar los archivos planos al SIVIGILA Municipal.	Entregar el primer día hábil de la semana los archivos planos	Número semanas epidemiológicas reportadas en archivos planos / No. De semanas epidemiológicas X 100	100%	100%	LIDER DEL PROCESO TECNICO ADMINISTRATIVO ESTADISTICA	SE LLEVO A CABO LA ACTIVIDAD COMPLETAMENTE	100.00%
	Suministrar los informes estadísticos, para brindar el soporte oportuno y requerido por los entes de control	Sostener la entrega oportuna de los informes requeridos por los entes de control	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ENTREGA DE INFORMES			Preparar los informes estadísticos solicitados por los entes de control.	Presentar informes de producción, calidad y alerta temprana.	Número de informes entregados/ No. De informes solicitados X 100	100%	100%	LIDER DEL PROCESO TECNICO ADMINISTRATIVO ESTADISTICA	SE LLEVO A CABO LA ACTIVIDAD COMPLETAMENTE	100%
	Gestionar el suministro, diligenciamiento y confirmación de certificado, a cada nacido vivo o persona que fallezca, para suministrar información de estadísticas vitales del municipio. Registra los niños y niñas nacidos en la E.S.E	Verificar que se digiten los certificados de nacido vivo y defunción en la página web . Fortalecer el servicio del estado civil de nacimiento.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA REVISION Y CONFIRMACION DE LOS CERTIFICADOS DE NACIDO VIVO Y DEFUNCION			Suministrar certificados antecedente de nacido vivo y defunción a los servicios que lo requieren.	Llevar un control de los certificados de nacido vivo y defunción	No, de nacidos vivos y defunciones registrados / Numero de certificados de nacido vivo y defunción antecedente para el registro civil	100%	99%	LIDER DEL PROCESO TECNICO ADMINISTRATIVO ESTADISTICA.	SE LLEVO A CABO LA ACTIVIDAD COMPLETAMENTE	100.00%
						Revisar y confirmar en la página WEB la información digitada por el médico.	Ejecutar el 100% de la revisión periódicamente Verificar y corregir las inconsistencias encontradas	Numero de certificados de nacido vivo y defunción registrados / No de nacidos vivos y defunciones revisados y confirmados X 100	99%	100%	AUXILIAR DE INFORMACION EN SALUD	SE LLEVO A CABO LA ACTIVIDAD COMPLETAMENTE	100.00%
					realizatr la captura del certificado de nacdo y defeuncion via wb	el personal medico debe realizarl a captura del certificado nacido vivo y defuncion via web inmediateamente ocurra el hecho				CORDINADOR MEDICO	se crea el comité de estadísticas vitales se gestionara con el coordinaodr medico plan de mejoramiento	67.00%	

						Registrar los niños y niñas nacidos en la E.S.E.	Canalizar los niños para que sean registrados en la E.S.E	Número de niños y niñas registrados/No de niños y niñas nacidos vivos en la E.S.E. X 100	22.5%	25%	AUXILIAR DE INFORMACION EN SALUD	29.00%
Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.				publicar en una carpeta compartida					en el mes de mayo se publicara en la carpeta	
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.				Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar y socializar los documentos del procesod e partos	Porcentaje de cumplimiento			la ingeniera yanneth ya lo realizo	100
		Mantener actualizados los sistemas de información.				Llevar estadísticas al día	Velar porque todo las atenciones que se hagan esten registrados en el sistema, verificando la ausencia de ingresos abiertos				no se tiene acceso al sistema, no es del area lo de valar por las atenciones	0
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con el procesod e partos	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución Realizar capacitaciones periodicas al personal en aspectos relacionados con el area	Porcentaje de asisitencia			no han realizado capacitaciones	0

	<p>Estándar 142. Código: (GI 3) Cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas o no deseables en el desempeño de los procesos, la organización realiza análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo.</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La organización garantiza el diseño y el seguimiento de protocolos por cumplir, en caso de variaciones observadas.</li> <li>• La organización tiene prevista la existencia de grupos o mecanismos interdisciplinarios para evaluar variaciones no esperadas.</li> <li>• Realiza seguimiento a las decisiones adoptadas frente a una brecha en la información.</li> <li>• Se hace énfasis en las decisiones para el mejoramiento continuo.</li> <li>• Las acciones se comunican a los colaboradores de los procesos relacionados para que se hagan parte del mejoramiento</li> </ul>	<p>Establecer Mecanismos para el análisis de la información y que permitan generar acciones de mejoramiento continuo en la institución</p>				<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar Mecanismos de Análisis de la información en la Institución</li> <li>2. Realizar Diagnostico de los mecanismos</li> <li>3. Establecer un grupo interdisciplinario con funciones específicas de detección, análisis y evaluaciones de las variaciones de la información.</li> <li>3.1 Documentar mecanismos de análisis</li> <li>4. Diseñar protocolos en caso de variaciones observadas.</li> <li>5. Realizar seguimiento a las decisiones adoptadas frente a una brecha en la información.</li> <li>6. Hacer Seguimiento a las acciones de mejoramiento continuo.</li> <li>7. Desplegar a los colaboradores de los procesos relacionados las acciones de mejoramiento para que hagan parte de estas</li> </ol>	<p>Se solicita que la Gerancia conforme el Grupo Interdisciplinario que se encargara de analizar la información para generar acciones de mejoramiento continuo en la Institución</p>					<p>es de sistemas</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------	--

<p>Estándar 146. Código: (GI 7) Existen procesos para la gestión y minería de los datos, que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada. Esto incluye: CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La transmisión del dato.</li> <li>• La definición de responsables de cada paso en la gestión del dato.</li> <li>• Los permisos asignados a cada responsable.</li> <li>• La validación y la conciliación entre los datos recolectados y gestionados en forma física y/o electrónica.</li> <li>• La generación de información útil en los niveles operativos.</li> <li>• La evaluación de la calidad y coherencia de datos generados</li> </ul>	<p>Evaluar la Adaptación de los parámetros definidos en el software de la institución que permita la obtención de la información de forma oportuna, veraz, clara y conciliada.</p>					<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documentar los roles de los responsables de cada paso en la gestión del dato.</li> <li>2. Validar y conciliar entre los datos recolectados y gestionados en forma física y/o electrónica.</li> <li>3. Evaluar la calidad y coherencia de datos generados</li> <li>4. Realizar Acciones de Mejoramiento.</li> </ol>	<p>Se solicita que la Gerencia conforme el Grupo Interdisciplinario que se encargara de analizar la información para generar acciones de mejoramiento continuo en la Institución</p>					<p>es de sistemas</p>	

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA															
DEPARTAMENTO:		ARAUCA													
CÓDIGO DANE		81													
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015													
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015															
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:									
SECTOR DEL PDD:		SALUD													
PROGRAMA DEL PDD:		FACTURACION													
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	% PONDERADO EN EL PROGRAMA	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN	
				NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)				
SUBPROGRAMA:															
FACTURACION	FORTALECIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL 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 SOAT	Total de SOAT, ingresos/ total de SOAT facturados		95%	100%	FACTURACION			
		Fortalecer el proceso de capacitacion del programa de facturacion.		programar capacitacion constante al personal seleccionado	80%	90%	capacitar periodicamente sobre el desarrollo del programa y realizar reuniones periodicas para subsanar las dudas y conocer los aplicativos nuevos del programa	95% del cumplimiento de las capacitaciones	numero de reuniones programadas/numero de reuniones realizadas		80%	90%	SISTEMAS Y COORDINACION DE FACTURACION Y TALENTO HUMANO		
		facturar los servicios prestados conforme lo requieren en los contratos		realizar una reunion mensual para dar a conocer la contratacion y sus modificaciones.	85%	90%	facturar todos los servicios prestados teniendo en cuenta el tipo de contrato , sus beneficiarios, como tambien diseñar estrategias para que los servicios prestados oportunamente sean cobrados minimizando las glosas.	minimizar cualitativamente y cuantitativamente las glosas	total facturado/total glosado		90%	95%	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA, FACTURACION,		

		Implementacion del manual de procesos y procedimientos del area de facturacion		Realizar manual de procesos y procedimientos para el optimo desempeño del area de facturacion.		100%	Elaborar detalladamente cada uno de los procesos que intervienen en el area de facturacion, en aras de mejorar su funcionamiento	minimizar los reprocesos por servicios facturados	total de facturas realizadas/ total de facturas modificacdas	90%	95%	COORDINADOR DE FACTURACION , MECI CALIDAD, COORDINADOR MEDICO Y JEFE ENFERMERIA		
FACTURACION		Mejorar la atención del servicio al cliente		conocer el numero de PQR,s que se presentan en la atencion de los servicios de facturacion	90	95%	*identificar factores que inciden en la inadecuada prestación de los servicios, sus consecuencias , reprocesos y costos que generar a la institucion.	optimizar la prestación de los diferentes servicios , en cada una de las sedes	numero de clientes atendidos/numero de clientes insatisfechos	90.00%	95%	TALENTO HUMANO, SERVICIO AL CLIENTE Y LIDERES DE PROCESO, FACTURACION		
FACTURACION	Autorizaciones	solicitar las autorizaciones a las empresas antes de 24 horas.		identificar que empresas estan entregando la autorizacion posterior al evento	80.00%	90%	identificar a traves del censo el tipo de autorizacion que se debe solicitar a las empresas.	disminuir la sglosas por la falta de autorizaciones	autorizacion satisfactoria / total de autorizaciones solicitadas	80%	890%	COORDINACION ENFERMERIA, ADMISIONES, FACTURACION		
		cumplir con la fecha de entrega de cuentas en los terminos y condiciones señalados por la ley de contratacion]		indicador de oportunidad en la entrega de las cuentas	95	100%	elaborar y presentar las cuentas a cada una de las empresas , adjuntando los RIPS, validados como parte integrante y control de facturacion, con los soportes y cuentas digitales establecidas en los contratos.	entregar las cuentas en los tiempos establecidos.	% de cumplimiento de entrega y radicacion de cuentas.	95	100%	FACTURACION		
		Presentacion de informe de facturacion		indicador de oportunidad en la entrega de informe de produccion a cartera, presupuesto, tesoreria, gerencia y subgerentes		20 dias	consolidacion de los informes entregados	entrega de informe de produccion en el tiempo estipulado	% de efectividad de entrega del informe			100%	COORDINADOR DE FACTURACION	

	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Facturar correctamente los servicios prestados en la institución		indicador de oportunidad de factura correctamente diligenciada	85	90%	seguimiento y verificación estadística mensual de facturas anuladas	Minimizar el número de facturas anuladas por concepto error digitalización u otros convenios	total facturas registradas/total facturas anuladas	85	90%			
		Aumentar la satisfacción del usuario.		analizar cada mes el número de quejas presentadas por los usuarios	90	95%	Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios	Dar cumplimiento a la respuesta de quejas en los plazos establecidos	% de cumplimiento de respuesta y mejora a las quejas interpuestas,	90	95%			
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.		Establecer mecanismos tecnológicos que conduzcan a generar efectividad del servicio	40	50%	reestructuración del área de acceso y planificación para la atención del servicio	generar optimización en la prestación del servicio y satisfacción al cliente	% de usuarios atendidos oportunamente	90	95%			
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.		información oportuna al usuario	90	95%	Brindar la información oportuna al usuario desde Siau y personal asistencial.	Reducir el número de usuarios devueltos por documentación incompleta	% de usuarios insatisfechos por devolución	85	95%			
		Mantener actualizados los sistemas de información.		Alimentar mensualmente con las bases de datos de las empresas el sistema de información.	90	95%	Socializar con el cliente interno la información nueva que ingresa al sistema	mantener actualizadas las bases de datos de todas las empresas	% de efectividad en mantener las bases de datos al día	100	100%			
		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	20	20%	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con atención al usuario	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución en aspectos relacionados con atención al usuario. Realizar por lo menos una capacitación mediante plataforma virtual sobre temas relacionados con atención al usuario.	número de capacitaciones planeadas/número de capacitaciones realizadas	50	80%			



Gestion Ger	SERVICIOS DE INTERNACION	Ampliación de la capacidad de la unidad de cuidados intermedios al 100%, actualmente se encuentra en el 75% de su capacidad	Capacidad de la unidad de cuidados intermedios										
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	<p>Estándar 98. Código: (GER 11)</p> <p>Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional. Lo anterior se logra a través de:</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de prioridades en el plan estratégico.</li> <li>• Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención.</li> <li>• Evaluación de los recursos disponibles.</li> <li>• Balance oferta-demanda.</li> <li>• Análisis de los presupuestos.</li> <li>• Evaluación de costos.</li> </ul>	<p>Diseñar y aplicar un proceso de planeación de recursos determinando un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización.</p>				<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión de prioridades en el plan estratégico.</li> <li>2. Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención.</li> <li>3. Evaluación de los recursos disponibles.</li> <li>4. Balance oferta-demanda.</li> <li>5. Análisis de los presupuestos.</li> <li>6. Definición de los costos y gastos a nivel orgazacional</li> <li>7. Establecer un sistema de costos 8. Definición de un plan de necesidades futuras de la organización 9. Implementacion de los centros de costos que permitan tener un balance frente a la programacion de necesidades futuras de la insitucion 10 Seguimiento y monitoreo a la ejecucion del plan 11. Evaluacion a la ejecucion del plan y ajsute a las desviaciones presentadas.</li> </ol>						se hace en porceso de implementacion	
	<p>Estándar 99. Código: (GER 12)</p> <p>Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante :</p> <p>CRITERIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo</li> <li>• Monitorización y gestión de la cartera.</li> <li>• Análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros.</li> <li>• Evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos.</li> <li>• Análisis de la productividad.</li> <li>• Análisis de costos.</li> <li>• Gestión de inventarios.</li> <li>• Gestión de seguros.</li> <li>• Fomento de la cultura del buen uso de los recursos.</li> <li>• Aplicación del código de ética en el uso de los recursos.</li> <li>• Auditoria y mejoramiento de procesos.</li> <li>• Seguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros,</li> <li>• Auditoria y seguimiento del pago de incapacidades.</li> </ul>	<p>Establecer y evaluar mecanismos de garantía a nivel organizacional de protección y el control de los recursos,</p>				<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estandarizar el proceso de monitoreo del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo 2. Monitorizar y gestión de la cartera.</li> <li>3. Análizar sistemáticamente la gestión sobre resultados de indicadores financieros.</li> <li>4. Evaluar periodicamente el impacto del plan estratégico y de los planes operativos.</li> <li>5. Desarrollar en conjunto un análisis de la productividad, análisis de costos, gestión de inventarios, gestión de seguros.</li> <li>6. Fomentar la cultura del buen uso de los recursos, atraves de la aplicacion del código de ética en el uso de los recursos.</li> <li>7. desarrollar un proceso de auditoría y mejoramiento de procesos, que pemrita ajustar los mismo cunado presneten desviaciones.</li> </ol>						se hace en porceso de implementacion. Calidad Claudia	
	<p>Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica</p>					Garantizar la rentabilidad financiera de la institución.						no se evalua mansualmente sino	33%33%33%33%
	<p>Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica</p>					Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.						se realiza la actividad	9090909090909090
	<p>Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica</p>					Optimizar la gestión de los procesos del SGI.						se va a implementar el sistema d	2020202020202020
<p>Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica</p>					Mantener actualizados los sistemas de información.						se actualiza pero se necesitan m	9090909090909090	
<p>Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica</p>					Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE						hay cargos que no tienen el perf	8080808080808080	

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEPARTAMENTAL-COMPONENTE DE EFICACIA

DEPARTAMENTO:	ARAUCA
CÓDIGO DANE:	81
PLAN DE DESARROLLO:	ES HORA DE RESULTADOS 2013-2015

DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL	META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:	
SECTOR DEL PDD:		SALUD	Cumplir con el Aseguramiento de la Norma tecnica de Calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud	
PROGRAMA DEL PDD:		GESTIÓN ADMINISTRATIVA		

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			

SUBPROGRAMA:													
PRESUPUESTO	Elaborar y Controlar la ejecución del Presupuesto de Ingresos y Gastos de la entidad, cuya información nos permita comparar en terminos financieros lo ejecutado con lo programado, con el fin de tomar decisiones oportunas para asegurar la provisión de los recursos requeridos para el normal funcionamiento de todos los procesos y subprocesos	Disponer de información oportuna para indicadores de gestion, toma de decisiones y rendición de cuentas a los entes de control	Información solicitada/Informa disponible				Expedir Certificados de disponibilidad Presupuestal, de acuerdo a los recursos asignados para cada rubro para su normal funcionamiento.	100%	certificados de disponibilidad expedidos/Solicitud de certificados		TECNICO PRESUPUESTO		
							Efectuar el Registro Presupuestal, comprometiend los recursos de la Entidad	100%	Registros realizados / cuentas realizadas				
							Solicitar información a Tesorería sobre los recaudos mensuales para la elaboración de la ejecución de ingresos	100%	Información registrada / infomración suministrada				
							Hacer auditorias a la ejecución de ingresos y gastos verificando que los recaudos, causaciones y pagos realizados en los modulos de contabilidad y tesoreria afecten debidamente el presupuesto, efectuando los ajustes necesarios.	100%	Ajustes Efectuados/Movimientos realizados en el trimestre				
							Obtener la ejecución de ingresos y gastos a fin de cumplir con la normatividad vigente y rendir informes a los entes de control	100%	Informes presentados / informes solicitados				
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.											
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.					Evaluar los procedimientos y guias del proceso y actualizarlos de acuerdo a la normatividad vigente	Manuales y procedimientos actualizados	Numero de documentos actualizados/total de documentos del subproceso		TECNICO PRESUPUESTO		
		Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Mantener actualizados los sistemas de información.				Solicitar colaboracion de los demas usuarios del sistema para que la informacion relacionada con el modulo de presupuesto pueda estar al dia.	Velar porque la informacion del sistema Dinamica, subproceso presupuesto, se encuentre actualizada,			TECNICO PRESUPUESTO		
			Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				Capacitar al personal sobre aspectos relacionados	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion en aspectos relacionados Realizar por lo menos una capacitacion mediante plataforma virtual sobre temas relacionados					

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA													
CÓDIGO DANE		81													
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015													
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:									
SECTOR DEL PDD:		SALUD													
PROGRAMA DEL PDD:		PLANEACION													
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCION
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
<b>SUBPROGRAMA:</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>	<p>Estandarizar la formulación del plan estrategico a partir del direccionamiento estrategico que a su vez garantice la divulgación, seguimiento y evaluación.</p>	Promedio de calificacion de los estandares del SUA	Calificacion de acuerdo a la resolucion 123 de 2012			<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.	Promedio de calificacion de los estandares del SUA	Calificacion de acuerdo a la resolucion 123 de 2012			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> <li>• Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento</li> <li>• Hace seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros.</li> <li>• Retroalimenta a la organización, a los involucrados en los procesos de mejora y a los órganos de dirección para el análisis y la toma de decisiones.</li> </ul>	<p>diseñar e implementar un proceso para la monitorización del mejoramiento de la calidad, que incluya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un método formal y permanente de evaluación y análisis .</li> <li>• patrones no deseados de desempeño que sean analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas.</li> <li>• Realiza seguimiento a los</li> </ul>	Promedio de calificacion de los estandares del SUA	Calificacion de acuerdo a la resolucion 123 de 2012			<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 analisis deben estudiarse los indicadores que se plantearon en cada estándar</p>	<p>Cronograma de seguimiento</p> <p>Evaluar metodologias de seguimeinto de indicadores y establecerla en la institucion</p>	Promedio de calificacion de los estandares del SUA	Calificacion de acuerdo a la resolucion 123 de 2012			Planeacion		

PLANEACION	<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>• Marcadón 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 anterior; esta información es compartida y analizada con los profesionales que remiten o solicitan los exámenes, incluye un sistema de asesoría para el correcto diligenciamiento de las órdenes.</li> <li>• Verificación de la identidad del usuario que se coteja frente a la orden médica y a la marcación de los insumos utilizados en los procedimientos.</li> <li>• Control de tiempos de traslado de muestras.</li> <li>• Medición de la oportunidad de los reportes.</li> <li>• Aceptación o rechazo de muestras o imágenes. Si se aceptan muestras comprometidas o imágenes dudosas, el reporte final debe indicar la naturaleza del problema y precaución al interpretar el resultado. Incluye:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Análisis para identificar las causas que motivaron el daño de la muestra o imagen.</li> <li>2 Información al usuario para la retoma de la muestra o imagen.</li> </ol> </li> <li>• Esta información debe formar parte del programa de Seguridad del Paciente.</li> <li>• Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</li> </ul>	<p>Establecer un espacio para: Déposito de cadaveres Preparación, Manejo, embalaje de muestras de patología, biopsias y bacaff, al igual que el seguimiento de las muestras y resultados, al igual que rechazos de las muestras con oportunidad.</p>	<p>Promedio de calificación de los estandares del SUA</p>	<p>Promedio de calificación de los estandares del SUA</p>	<p>Revisar en la insttucion posibles espacios para organizar el deposito de cadaveres y almacenamiento de patologias</p>	<p>Promedio de calificación de los estandares del SUA</p>	<p>Promedio de calificación de los estandares del SUA</p>	<p>Planeacion</p>						
	<p>Realizar evaluacion y seguimiento a los diferentes planes que tien el hospital suscritos</p>	<p>Monitorear estadística del plan de desarrollo institucional</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>numero de evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas</p>	<p>Actualizar trimestralmente el Estado del Plan de Desarrollo Institucional</p>	<p>Comparar trimestralmente metas del Plan de Acción con metas alcanzadas y formular los ajustes pertinentes.</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>numero de evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas</p>	<p>Planeacion</p>					
		<p>Monitorear estadística del plan de Accion institucional</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento</p>		<p>Orientar y acompañar a los responsables en la formulación de sus planes de acción respectivos.</p>	<p>Asesorar a lideres y/o personal en la formulacion de los planes de accion</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento</p>		<p>Planeacion</p>					
		<p>Evaluar y actualizar el Plan Bienal de Inversiones</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento</p>		<p>Evaluar el cumplimiento en la ejecución de las inversiones en infraestructura y dotación de servicios objeto de control.</p>		<p>Porcentaje de cumplimiento</p>		<p>Planeacion</p>					
			<p>Porcentaje de cumplimiento</p>		<p>Elaborar propuesta de ajuste para la vigencia</p>		<p>Porcentaje de cumplimiento</p>		<p>Planeacion</p>					
		<p>Optimizar la gestión de los procesos del SGI.</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso</p>	<p>Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente</p>	<p>Actualizar y socializar los documentos del procesod e partos</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso</p>	<p>Planeacion</p>					
		<p>Implementar y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica</p>			<p>Llevar al día evaluación de indicadores de los diferentes planes que cuenta la institucion</p>				<p>Planeacion</p>					
		<p>Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.</p>	<p>Porcentaje de asisitencia</p>	<p>promedio de asistencia de personal de partos/total de personal</p>	<p>Capacitar al personal sobre aspectos relacionados</p>	<p>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</p>	<p>Porcentaje de asisitencia</p>	<p>promedio de asistencia de personal de partos/total de personal</p>	<p>Planeacion</p>					



<p>Estándar 110. Código: (TH 8)</p> <p>La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores. Las estrategias se relacionan con</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios tales como:</li> <li>• Cumplimiento de las responsabilidades a su cargo.</li> <li>• Pasos o fases del proceso de atención.</li> <li>• Seguridad del paciente.</li> <li>• Humanización del servicio.</li> <li>• Habilidades comunicativas.</li> <li>• Enfoque de riesgo.</li> <li>• Gestión de tecnologías.</li> <li>• Protocolos y guías de atención.</li> <li>• Investigación científica.</li> <li>• Entrenamiento de estudiantes, si aplica:</li> </ul>	<p>Revisar y ajustar con los líderes de proceso, atención al usuario, imagen corporativa el manual de imagen corporativa donde se especifiquen los pasos o fases del proceso de atención, y establecer su implementación.</p>	<p>Los líderes de proceso, atención al usuario, imagen corporativa el manual de imagen corporativa donde se especifiquen los pasos o fases del proceso de atención, y establecer su implementación.</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>Estrategias ejecutadas / Estrategias programadas</p>			<p>Definir con los líderes de proceso, imagen corporativa y SIAU las estrategias para implementar el manual de atención al usuario e imagen corporativa y establecer mecanismos de seguimiento incluir: (portar carné institucional, manejo zona de parqueo, correcta utilización de los equipos de conservación de alimentos...)</p>	<p>Crear estrategias para la implementación y seguimiento del manual de atención e imagen</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>Estrategias definidas/ Estrategias planteadas</p>			<p>líderes de proceso imagen corporativa, SIAU calidad control interno</p>		
							<p>Implementar las estrategias para el cumplimiento del manual de atención al usuario e imagen corporativa.</p>	<p>Desarrollar las estrategias definidas para el cumplimiento del manual de atención e imagen corporativa</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>Estrategias implementadas / Estrategias programadas</p>			<p>líderes de proceso imagen corporativa, SIAU calidad control interno</p>		
							<p>Realizar grupos focales para conocer la percepción y recoger las inquietudes de los colaboradores frente al tema y una vez analizada dar a conocer la información recolectada a las directivas para participar en la construcción de la política y programa de Humanización.</p>	<p>Estudiar y analizar la percepción de los colaboradores acerca del programa</p>	<p>Estudio de mercadeo</p>	<p>Resultados de estudio</p>			<p>líderes de proceso imagen corporativa, SIAU calidad control interno</p>		
		<p>Desplegar la política de humanización a todos los colaboradores del hospital previa realización del estándar de direccionamiento.</p>		<p>Porcentaje de capacitación</p>	<p>Personal capacitado/Total de personal</p>		<p>Definir en que procesos existe corresponsabilidad en el desarrollo de actividades. Realizar reunión con los líderes para determinar las acciones, responsabilidades, tiempos de ejecución así como los seguimientos en el cumplimiento de los mismos. (todo debe estar soportado)</p>	<p>Establecer que procesos intervienen y definir el plan de acción</p>	<p>Definición del plan</p>	<p>Plan de acción</p>			<p>líderes de proceso imagen corporativa, SIAU calidad control interno</p>		
							<p>Definir al interior de TH acciones, responsables, acciones, tiempos de ejecución y seguimientos para el desarrollo de los planes de mejoramiento. ( todo debe quedar soportado en actas)</p>	<p>Desarrollar el plan de acción y realizar seguimiento</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>Estrategias implementadas / Estrategias programadas</p>			<p>líderes de proceso imagen corporativa, SIAU calidad control interno</p>		
	<p>Estándar 118. Código: (TH MCC1)</p> <p>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.</p>	<p>Establecer e implementar procesos y procedimientos alineados con el el direccionamiento estratégico, que den respuesta al estandar de gerencia del talento humano y que esten relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-estrategias con los líderes de los estándares a fin de articular los procesos interdependientes y la ejecución de los mismos.</li> <li>-dinámica de seguiminetos propios del estandar para el cumplimiento de los objetivos trazados en gerencia del talento humano.</li> <li>-la estrategia de comunicación de los resultados sobre los procesos relacionados con el estandar al cliente interno.</li> </ul>		<p>Pocentaje de cumplimiento</p>	<p>Estrategias ejecutadas / Estrategias programadas</p>			<p>establecer con líderes de proceso e imagen corporativa estrategias puntuales de divulgación sobre los procesos del estandar que tiene impacto en los colaboradores. ( estudiar alternativas y estategias y ecoger las mas adecuadas todo soportado</p>	<p>Comunicar a los colaboradores los aspectos relevantes del estandar</p>	<p>Porcentaje de capacitados</p>	<p>Personal capacitado/ Total del personal</p>			<p>líderes de proceso imagen corporativa, SIAU calidad control interno</p>	

<p>Estándar 141. Código: (GI 2)</p> <p>Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye:</p> <p><b>CRITERIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La identificación de las necesidades de información.</li> <li>• Un proceso de implementación basado en prioridades.</li> <li>• La recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección y a cada uno de los procesos, la toma oportuna y efectiva de decisiones.</li> <li>• Flujo de la información.</li> <li>• Minería de datos.</li> <li>• Almacenamiento, conservación y depuración de la información.</li> <li>• Seguridad y confidencialidad de la información.</li> <li>• Uso de la información.</li> <li>• El uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.</li> <li>• Recolección sistemática de las necesidades, las opiniones y los niveles de satisfacción de los clientes del sistema de información.</li> <li>• Cualquier disfunción en el sistema de información es recolectada, analizada y resuelta.</li> <li>• La información soporta la gestión de los procesos relacionados con la atención al cliente de la organización.</li> <li>• Identificación de espacios gerenciales y técnicos para el análisis de la información.</li> <li>• Definición de indicadores corporativos que incluyan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.</li> <li>• Comparación con mejores prácticas.</li> <li>• Sistema de medición, evaluación y mejoramiento</li> </ul>	<p>Documentar y actualizar la planificación de la gestión de la información en un Plan Gerencial</p>		<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>Estrategias ejecutadas / Estrategias programadas</p>			<p>1. Definir Objetivo y Alcance del Plan 2. Identificar las necesidades de la información y los clientes. 2.1. Realizar Diagnostico de necesidades de la información 3. Identificar necesidades de Almacenamiento, conservación y depuración de la información. 4. Identificar mecanismos de Seguridad y confidencialidad de la información. 5. Definir el Uso de las tecnologías adquiridas acordes a las necesidades de la información 6. Definir indicadores incluyen: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. 7. Priorizar Necesidades de la Información en la Institución 8. Establecer los Responsables del Plan y los Roles 9. Identificar espacios gerenciales y técnicos para el análisis de la información. 10. Establecer el propósito de referenciación Comparativa 11. Definir respuestas a las necesidades de la información 12. Evaluar efectividad de respuestas a las necesidades de la Información 13. Implementar acciones de mejora y ajustes al Plan Gerencial.</p>	<p>Realizar el plan de gestión de la información</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>Estrategias implementadas / Estrategias programadas</p>			<p>1.2. Profesional de Mercadeo. 3. Técnico Administrativo en Archivo Central.</p>		
<p>Estándar 153. Código: (GI MCC14)</p> <p>La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:</p> <p><b>CRITERIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.</li> <li>• La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización.</li> <li>• La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.</li> <li>• El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad.</li> <li>• La comunicación de los resultados</li> </ul>	<p>Implementar y Evaluar Estrategias de Comunicación que permitan desplegar la información de las oportunidades de mejora a clientes internos y externos.</p>		<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>Estrategias ejecutadas / Estrategias programadas</p>			<p>1. Definir estrategias de comunicación de Plan de Mejora de estándares de Autoevaluación. 2. Desplegar Información de los Planes de Mejora en la Institución. 3. Evaluar el Despliegue de la Información.</p>	<p>Desarrollar estrategias de divulgación y evaluar su efectividad</p>	<p>Porcentaje de efectividad</p>	<p>Estrategias efectivas/Estrategias implementadas</p>			<p>Profesional en Mercadeo</p>		

<p>Estándar 5. Código: (ASSP1) La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante:</p> <p>Una estructura funcional para la seguridad del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación.</li> <li>• Monitorización de eventos adversos.</li> <li>• Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior</li> </ul>	<p>Realizar revision y ajuste a programa de seguridad de paciente y socializar a colaboradores, usuarios y familia</p>		<p>Pocentaje de cumplimiento</p>	<p>Estrategias ejecutadas / Estrategias programadas</p>			<p>Socializar programa de seguridad, de paciente a colaboradores ,usuarios y familia</p>	<p>Implementar estrategias de divulgación</p>	<p>Pocentaje de cumplimiento</p>	<p>Estrategias ejecutadas / Estrategias programadas</p>			<p>Lideres de proceso, profesional en mercadeo, calidad</p>		
<p>Estándar 6. Código: (ASSP2) La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye:</p> <p>La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias.</li> <li>• La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.</li> </ul>	<p>Realizar actividades que fortalezcan la cultura del reporte de evento adverso en todos los procesos asistenciales.</p>		<p>Pocentaje de cumplimiento</p>	<p>Estrategias efectivas/Estrategias implementadas</p>			<p>Realizar actividades que fortalezcan la cultura del reporte de evento adverso en todos los procesos asistenciales.</p>	<p>Realizar campañas de sensibilización al personal</p>	<p>Pocentaje de cumplimiento</p>	<p>Estrategias efectivas/Estrategias implementadas</p>	<p>no se conoce</p>		<p>Lideres de proceso, profesional en mercadeo, calidad</p>		
<p>Estándar 69. Código: (ASIR12) La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman recibe información detallada y oportuna acerca de servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde esta gerencia</p>	<p>Diseñar mecanismos para que la información relevante para la institución y que el gerente debe desplegar sea entregada a todos los colaboradores de las diferentes sedes,.</p>		<p>Herramientas de divulgación</p>	<p>Plan de comunicación</p>			<p>Ajustar el plan de comunicaciones de la institución Incluir en el plan de comunicación los mecanismos de difusión de información del gerente a todos los colaboradores</p>	<p>Realizar el plan de comunicación y garantizar su cumplimiento</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>Porcentaje de acciones ejecutadas/acciones programadas</p>	<p>no se conoce</p>				
<p>Estándar 18. Código: (ASREG3) En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención. Estas guías o protocolos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se encuentran y usan en los respectivos sitios administrativos y asistenciales que los requieran para la información oportuna de los usuarios.</li> <li>• Se revisan y ajustan periódicamente. Cada actualización es enviada al sitio o servicio que corresponda y se realiza seguimiento de su adherencia.</li> <li>• Se garantiza que se deja constancia (física o en el sistema de información) sobre las recomendaciones dadas al paciente para su preparación.</li> <li>• Se socializan y se generan acciones de mejora en caso de no cumplimiento.</li> </ul>	<p>Actualizar, socializar y hacer seguimiento al cumplimiento de las directrices para preparación de pacientes descritas en los documentos de las áreas de cirugía e imágenes diagnósticas</p>		<p>Pocentaje de cumplimiento</p>	<p>Estrategias ejecutadas / Estrategias programadas</p>			<p>Definir estrategia para socialización del documento ajustado a colaboradores, usuario y familia</p>	<p>Implementar estrategias de divulgación</p>	<p>Pocentaje de cumplimiento</p>	<p>Estrategias implementadas / Estrategias programadas</p>			<p>Mercadeo Lider Cirugía</p>		

<p>Estándar 40. Código: (ASEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función en un equipo de trabajo; La organiza la suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida.</li> <li>• Se realizan interconsultas en forma oportuna y se evalúa la efectividad de las mismas.</li> <li>• La organización promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento.</li> <li>• Se realiza valoración nutricional.</li> <li>• Se tienen en cuenta todos los riesgos principales de los pacientes.</li> <li>• La organización garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención.</li> <li>• Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</li> </ul>	<p>Realizar la adaptación de las guías de clínicas, con enfoque de manejo integral e interdisciplinario, incluyendo el plan de cuidado de enfermería.</p>		<p>Porcentaje de cumplimiento</p>	<p>Estrategias ejecutadas / Estrategias programadas</p>			<p>Socializar guías actualizadas al personal asistencial</p>	<p>Implementar estrategias de divulgación</p>	<p>Porcentaje de capacitados</p>	<p>Personal capacitado/ Total del personal asistencial</p>			<p>Mercadeo Coordinacion enfermeria Coordinador medico</p>		
--	---	--	-----------------------------------	---	--	--	--	---	----------------------------------	--	--	--	--	--	--

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

DEPARTAMENTO:	ARAUCA
CÓDIGO DANE	81
PLAN DE DESARROLLO:	ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015

PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015

DIMENSIÓN DEL PDD:	SOCIAL	META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:
SECTOR DEL PDD:	SALUD	Custodiar y conservar los diferentes fondos administrativos y brindar apoyo a la organización documental, mediante los procesos técnicos archivísticos.
PROGRAMA DEL PDD:	PROCESOS GESTION DOCUMENTAL	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			

SUBPROG RAMA:

GESTION DOCUMENTAL	GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJO PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	Realizar procesos técnicos, custodiar y conservar los acervos documentales e historias clínicas inactivas	Seguimiento y control de las actividades archivísticas a realizar, mediante normas vigentes.	Total actividades ejecutadas / Actividades programadas			Servicio de consulta y prestamo	Realizar Seguimiento a documentos en calidad de prestamo ; Conservar y custodiar para evitar deterioro y perdida documental.	Prestamo oportuno	Documentos devueltos en el trimestre X100/ Documentos prestados en el trimestre + (mas) Documentos pendientes por devolver del trimestre anterior.			Tecnico Administrativo y Auxs de Archivo		
				Total actividades ejecutadas / Actividades programadas			Seguridad y Control mediante formatos reglamentarios al acervo documental activo y semiactivo.	Efectuar seguimiento y control en los archivos de gestión; Vigilar y custodiar los documentos en deposito;	Efectividad en la verificación y aplicación en el cumplimiento de lo señalado en formatos de calidad.	Cumplimiento de controles / controles establecidos					
				Total actividades ejecutadas / Actividades programadas			Control chequeo planta fisica- Estado de conservación depositos de archivo.	Verificar el estado de conservación según aspectos estructurales, de ubicación y condiciones ambientales.	Efectividad en la verificación y aplicación en el cumplimiento; según porcentaje de conservación- lista de chequeo	Cumplimiento de controles / controles establecidos					
				Total actividades ejecutadas / Actividades programadas			Brindar Capacitación a responsables de archivos	Capacitar bajo parametros archivisticos	Capacitar e ilustrar para mejorar el manejo organizacional de los archivos de gestión.	Capacitaciones Dictadas/ Capacitaciones programadas.				Tecnico Administrativo	

GESTION DOCUMENTAL	GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJO PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	Recepción de comunicaciones oficiales.	Efectividad en la Entrega de cada una de las comunicaciones oficiales recibidas por diferentes medios.	A= Total Comunicaciones oportunamente entregadas. B= Total de comunicaciones recibidas y radicadas			<b>Recepción y radicación de comunicaciones oficiales</b>	Radicar y entregar oportunamente a las dependencias las comunicaciones oficiales, vigilando su vencimiento de términos a las que requieran su respuesta.	Eficiencia en la radicación y entrega de la correspondencia	A= Total de comunicaciones oportunamente entregadas. B= Total de comunicaciones recibidas y radicadas			Tec. Atvo y Aux. Adtrativo de la unidad de correspondencia		
PROCESO GESTION DOCUMENTAL	GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJO PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	Convocar al Comité de Archivo	Efectividad en el reporte de actividades archivísticas bajo Actas de reuniones	Total actividades ejecutadas / Actividades programadas			<b>Realización de reuniones Trimestrales</b>	Convocar al Comité de Archivo Institucional	Efectividad en el reporte de actividades archivísticas bajo Actas de reuniones	A=Nro. De convocatorias realizadas B= Nro. De Reuniones programadas durante el periodo			Técnico Administrativo		
PROCESO GESTION DOCUMENTAL	GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJO PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	Gestionar oportunamente ante los respnsables de archivos de gestión la ejecución del cronograma de Transferencias .	<b>Presentar Cronograma de transferencias primarias.implementando la aplicación de Tablas de Retención Documental (TRD )</b>	Total actividades ejecutadas / Actividades programadas			<b>Gestionar el cumplimiento del respectivo cronograma de tranferencias, acorde con los requerimientos de las TRD aprobadas.</b>	Capacitar permanentemente a los responsables de archivo de gestion en cumplimiento en TRD	Porcentaje de cumplimiento	Colaboradores con TRD implementado/ Personal Capacitado			Técnico Administrativo		
PROCESO GESTION DOCUMENTAL	GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJO PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES							Organización de transferencias primarias vigentes mediante el formato FUID. Y bajo los parametros de las TRD. Aprobadas.	Efectividad en la aplicación de las tablas de retención documental(TRD).	A= Nro. De Carpetas del archivo de gestión remitidas, acordes con las TRD x 100/ B= Nro. Carpetas de archivo de gestión que fueron recibidas durante el Trimestre			Técnico Administrativo		
PROCESO GESTION DOCUMENTAL	GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJO PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	Gestionar Elaboracion de tablas de valoracion documental(TVD). Ante el Comité de archivo institucional.	Levantamiento de diagnositco documental de TVD, (encuesta, cuadro de clasificación y listado de series). bajo los lineamientos de normatiividad vigente.	Total actividades ejecutadas / Actividades programadas			<b>Elaboración de TVD, según descripción de inventario documental por dependencias (Herramienta fundamental para levantamiento de TVD.años 97-2005).</b>	Organización de fondos semiactivos y fijación de tiempos de retención en el archivo central	Eficiencia y agilidad en la elaboración de tablas de valoración documental.	Total actividades ejecutadas / Actividades programadas			Técnico Administrativo	esta en proceso de elaboracion las TVD hay un inventario documnetal del 97 al 2005 Formato SIS-03-F16, cuadro de clasificacion del 97 al 2000 y del 2001 al 2005, listado de series y subseries del 97 al 2005	



							6. Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Asistir a capacitaciones que convoca la entidad, incitar a los integrantes del proceso buscar mecanismos de capacitación virtual .								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA															
DEPARTAMENTO:			ARAUCA												
CÓDIGO DANE			81												
PLAN DE DESARROLLO:			ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015												
			PLAN DE ACCIÓN AÑO 2014												
DIMENSIÓN DEL PDD:			SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:									
SECTOR DEL PDD:			SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:			SISTEMAS												
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA:															
SISTEMAS DE INFORMACION Y ESTADISTICA	2.Fortalecer de la Seguridad Informática de la entidad salvaguardando la información y soportando el normal desempeño de las actividades de la entidad.	Garantizar la integridad, disponibilidad, accesibilidad y oportunidad de la información.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NUMERO DE EQUIPOS BAJO EL DOMINIO/TOTAL EQUIPOS DE LA ENTIDAD			Identificar y Dignósticar la vulnerabilidad de la entidad en el acceso a la información 1. Identificar Mecanismos de seguridad y confidencialidad de la información en la Institución 2. Realizar Diagnostico de los mecanismos 3. Clasificar los mecanismos de seguridad y confidencialidad de la información 4. Definir la Administración de estos mecanismos. 4.1 Consolidar Documento de seguridad y confidencialidad de la información 5. Divulgar Mecanismos entre los procesos responsables. 6. Evaluar la Efectividad en la institución en cuanto a seguridad y confidencialidad	CUMPLIMIENTO TOTAL A LAS POLITICAS DE SEGURIDAD EN LA ENTIDAD.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	POLITICAS SOCIALIZADAS/TOTAL POLITICAS	60	100%	SISTEMAS, GERENCIA Y SUBGERENCIAS	falta el area de facturacion	40.00%
SISTEMAS DE INFORMACION Y ESTADISTICA	3.Fortalecer la plataforma tecnológica de la Entidad y garantizar los servicios que presta el área a la entidad.	Mantener el licenciamiento del software que soporta las actividades de la entidad	PORCENTAJE DE SOFTWARE LICENCIADO	SOFTWARE LICENCIADO /SOFTWARE LICENCIADO			Identificar y diagnosticar la viabilidad de la adquisición de nuevas licencias de acuerdo a los requerimientos tecnologicos que sean necesarios para mejorar la gestión de los procesos misionales y administrativos a cargo de la entidad.	Implementación y ajustes a las fases de gobierno electrónico.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOLICITUDES VIABILIZADAS/TOTAL DE REQUERIMIENTOS	80	100%		falta equipo jefe cartera, facturacion, calidad	50.00%
SISTEMAS DE INFORMACION Y ESTADISTICA	4.Mantener en apropiado funcionamiento los recursos hardware y software de la entidad.	Generar acciones preventivas para el adecuado funcionamiento del hardware y software.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NRO. DE MANTENIMIENTOS REALIZADOS/NUMEROS DE MANTENIMIETNOS PROGRAMADOS			Realizar los mantenimientos establecidos según el cronograma establecido.	CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DEL 100% DEL CRONOGRAMA.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NRO. DE MANTENIMIENTOS REALIZADOS/NUMEROS DE MANTENIMIETNOS PROGRAMADOS	30	100%			23.00%

<p>Estándar 141. Código: (GI 2)</p>	<p>Estándar 141. Código: (GI 2) Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye: CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La identificación de las necesidades de información.</li> <li>• Un proceso de implementación basado en prioridades.</li> <li>• La recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección y a cada uno de los procesos, la toma oportuna y efectiva de decisiones.</li> <li>• Flujo de la información.</li> <li>• Minería de datos.</li> <li>• Almacenamiento, conservación y depuración de la información.</li> <li>• Seguridad y confidencialidad de la información.</li> <li>• Uso de la información.</li> <li>• El uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.</li> <li>• Recolección sistemática de las necesidades, las opiniones y los niveles de satisfacción de los clientes del sistema de información.</li> <li>• Cualquier disfunción en el sistema de información es recolectada, analizada y resuelta.</li> <li>• La información soporta la gestión de los procesos relacionados con la atención al cliente de la organización.</li> <li>• Identificación de espacios gerenciales y técnicos para el análisis de la información.</li> <li>• Definición de indicadores corporativos que incluyan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.</li> <li>• Comparación con mejores prácticas.</li> <li>• Sistema de medición, evaluación y mejoramiento del plan</li> </ul>	<p>Documentar y actualizar la planificación de la gestión de la información en un Plan Gerencial</p>					<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir Objetivo y Alcance del Plan</li> <li>2. Identificar las necesidades de la información y los clientes.</li> <li>2.1. Realizar Diagnostico de necesidades de la Información</li> <li>3. Identificar necesidades de Almacenamiento, conservación y depuración de la información.</li> <li>4. Identificar mecanismos de Seguridad y confidencialidad de la información.</li> <li>5. Definir el Uso de las tecnologías adquiridas acordes a las necesidades de la información</li> <li>6. Definir indicadores incluyan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.</li> <li>7. Priorizar Necesidades de la Información en la Institución</li> <li>8. Establecer los Responsables del Plan y los Roles</li> <li>9. Identificar espacios gerenciales y técnicos para el análisis de la información.</li> <li>10. Establecer el propósito de referenciación Comparativa</li> <li>11. Definir respuestas a las necesidades de la información</li> <li>12. Evaluar efectividad de respuestas a las necesidades de la Información</li> <li>13. Implementar acciones de mejora y ajustes al Plan Gerencial.</li> </ol>									50%
<p>Estándar 142. Código: (GI 3)</p>	<p>Estándar 142. Código: (GI 3) Cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas o no deseables en el desempeño de los procesos, la organización realiza análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo. CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La organización garantiza el diseño y el seguimiento de protocolos por cumplir, en caso de variaciones observadas.</li> <li>• La organización tiene prevista la existencia de grupos o mecanismos interdisciplinarios para evaluar variaciones no esperadas.</li> <li>• Realiza seguimiento a las decisiones adoptadas frente a una brecha en la información.</li> <li>• Se hace énfasis en las decisiones para el mejoramiento continuo.</li> <li>• Las acciones se comunican a los colaboradores de los procesos relacionados para que se hagan parte del mejoramiento</li> </ul>	<p>Establecer Mecanismos para el análisis de la información y que permitan generar acciones de mejoramiento continuo en la institución</p>					<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar Mecanismos de Análisis de la información en la Institución</li> <li>2. Realizar Diagnostico de los mecanismos</li> <li>3. Establecer un grupo interdisciplinario con funciones específicas de detección, análisis y evaluaciones de las variaciones de la información.</li> <li>3.1 Documentar mecanismos de análisis</li> <li>4. Diseñar protocolos en caso de variaciones observadas.</li> <li>5. Realizar seguimiento a las decisiones adoptadas frente a una brecha en la información.</li> <li>6. Hacer Seguimiento a las acciones de mejoramiento continuo.</li> <li>7. Desplegar a los colaboradores de los procesos relacionados las acciones de mejoramiento para que hagan parte de estas</li> </ol>							PLAN DE GERENCIA DE LA INFORMACION		20%
<p>Estándar 146. Código: (GI 7)</p>	<p>Estándar 146. Código: (GI 7) Existen procesos para la gestión y minería de los datos, que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada. Esto incluye: CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La transmisión del dato.</li> <li>• La definición de responsables de cada paso en la gestión del dato.</li> <li>• Los permisos asignados a cada responsable.</li> <li>• La validación y la conciliación entre los datos recolectados y gestionados en forma física y/o electrónica.</li> <li>• La generación de información útil en los niveles operativos.</li> <li>• La evaluación de la calidad y coherencia de datos generados</li> </ul>	<p>Evaluar la Adaptación de los parámetros definidos en el software de la institución que permita la obtención de la información de forma oportuna, veraz, clara y conciliada.</p>					<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documentar los roles de los responsables de cada paso en la gestión del dato.</li> <li>2. Validar y conciliar entre los datos recolectados y gestionados en forma física y/o electrónica.</li> <li>3. Evaluar la calidad y coherencia de datos generados</li> <li>4. Realizar Acciones de Mejoramiento.</li> </ol>									0
		<p>1. Socializar el documento que describe el manejo del sistema de información.</p>					<p>1. Socializar el documento que describe el manejo del sistema de información Dinámica.</p>	<p>Socializar el documento que describe el manejo del sistema de información Dinámica a quien lo amerita.</p>						LO SOCIALIZA LOS LIDERES RESPONSALBES DE CADA PROCESO		60%
		<p>1. Socializar el documento que describe el manejo del sistema de información.</p>					<p>Elaborar instrumento para evaluar el conocimiento del sistema de información a todos los colaboradores</p>	<p>Elaborar instrumento para evaluar el conocimiento a todos los colaboradores quienes manejan dinamica gerencial</p>						FALTA DEFINIR ESTO CON CALIDAD		0%

Estándar 64. Código: (AsSIR7)	Estándar 64. Código: (AsSIR7) Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención a los pacientes.						Aplicar instrumento para evaluar el conocimiento en la utilización del sistema de información de la institución	Aplicar instrumento para evaluar el conocimiento en la utilización del sistema de información de la institución						FALTA DEFINIR LA POLITICA DE COMO HACERLO	0%	
		2. Diseñar el mecanismo necesario para que en el puesto de salud de Puerto Nariño se cuente con la información de atenciones de los usuarios.						Evaluar posibles mecanismos para integrar puerto Nariño con la sede central	realizar estudios de viabilidad para integrar la sede del puerto nariño con la sede principal							0%
									Ejecutar el mecanismo seleccionado e implementarlo en el puesto de puerto Nariño	implementar mecanismo para la selección de los recurso tecnologicos para ejecutar el mecanismo de conexión en red de las dos sedes						0%
Estándar 29. Código: (AsPL8)	Estándar 29. Código: (AsPL8) La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria. Los programas incluyen, cuando apliquen, mas no se restringen a:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud sexual y reproductiva.</li> <li>• Crecimiento y desarrollo.</li> <li>• Programas nutricionales y alimentarios. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud visual.</li> <li>• Salud oral.</li> </ul> </li> <li>• Enfermedades crónicas y degenerativas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud mental.</li> </ul> </li> <li>• Enfermedades de transmisión por vectores.</li> <li>• Prevención de enfermedades infecciosas (enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias, entre otras).</li> </ul>	1. Ajustar la parametrización en la historia clinica sistematizada de los criterios de AIEPI y datos importantes para direccionar al paciente a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.					Seleccionar los parametros de la estrategia AIEPI que seran incluidos en la historia clinica	ajustar los parametros requeridos de acuerdo a solicitud del comité de historias clinica						FALTA DEFINIR EN COMITÉ DE HISTORIA CLINICA	0%	
								Realizar ajuste en la historia clinica teniendo en cuenta la estrategia AIEPI	ajustar los parametros requeridos de acuerdo a solicitud del comité de historias clinica						FALTA DEFINIR EN COMITÉ DE HISTORIA CLINICA	0%
								Elaborar procedimiento para diligenciamiento de historia clinica.	Elaborar un tutorial guiado para el diligenciamiento de historias clinicas							FALTA DEFINIR EN COMITÉ DE HISTORIA CLINICA
Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.					evaluar y actualizar guías, manuales, protocolo, etc y socializarlo	tener los diferentes documentos actualizados y socializado							60%	
		Mantener actualizados los sistemas de información.													98%	
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.						Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con el sistema de informacion	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion Realizar por lo menos una capacitacion mediante plataforma virtual sobre temas relacionados						80%	

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA															
DEPARTAMENTO:		ARAUCA													
CÓDIGO DANE		81													
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015													
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015															
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:											
SECTOR DEL PDD:		SALUD													
PROGRAMA DEL PDD:		MANTENIMIENTO													
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
<b>SUBPROGRAMA:</b>															
	<p>Estandar 130. Código: (G1 1)</p> <p>La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos normativos.</li> <li>• Análisis de la relación oferta-demanda.</li> <li>• Necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud.</li> <li>• Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución.</li> <li>• Condiciones del mercado.</li> <li>• El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.</li> <li>• El análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: evidencias de Seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva.</li> <li>• La articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología.</li> <li>• La definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y acciones de salud pública.</li> <li>• La definición de los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología.</li> <li>• La definición de tecnologías a utilizar en los servicios de habilitación y rehabilitación.</li> <li>• Las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios.</li> <li>• Personal profesional y técnico que conoce del tema e integra a los responsables de la gestión tecnológica en los diferentes servicios.</li> <li>• El conocimiento en la gestión de tecnología por los responsables de su uso.</li> <li>• La evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto</li> </ul>	Diseño e implementación de un proceso de planeación de la gestión y la evaluación de la tecnología,	promedio cumplimiento de estandar de acreditacion	evaluacion de los estandares de acuerdo de a la resolucion 1 2 3 del 2012			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir los aspectos normativos aplicables a la organización para la puesta en funcionamiento del programa de tecnovigilancia.</li> <li>2. desarrollar el análisis de la relación oferta-demanda. Identificar de necesidades de pagadores , usuarios y equipo de salud, condiciones del mercado, el analisis y la intervencion de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.</li> <li>3. Analizar la incorporación de nueva tecnología, así como la disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva.</li> <li>4. Diseñar un plan arquitectónico que facilite la articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología. Definir las condiciones que deben cumplir la adquisición de tecnología frente a las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios.</li> <li>5. Fortalecer el proceso de inducción, reinducción y entrenamiento frente al uso adecuado de la tecnología</li> </ol>	Manual de Adquisición y/o mejora tecnología	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	manual elaborado y aprobado	40	100	Coordinador area de mantenimiento	ya se hizo el contrato para hacer el programa de tecnovigilancia. De aquí a 20 días contaremos con el programa de tecnovigilancia institucional	60.00%

	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de los costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar.</li> <li>Beneficios en comparación con nuevas tecnologías.</li> <li>Confiabilidad y seguridad.</li> <li>Facilidad de operación.</li> <li>Articulación con el direccionamiento estratégico.</li> <li>Facilidades y ventajas para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige</li> </ul>	<p>Diseñar e implementar un política de gestion de la tecnología que contenga los criterios para la renovación de la misma.</p>		<p>evaluacion de los estandares de acuerdo de a la resolucion 1 2 3 del 2012</p>			<ol style="list-style-type: none"> <li>Definir e identificar los riesgos a nivel organizacional frente al uso de la tecnología</li> <li>diseño de herramientas y metodologías para identificar, priorizar, gestionar, evaluar e intervenir los riesgos asociados al uso de la tecnología</li> <li>priorizacion de los riesgos a nivel organizacional frente al uso de tecnología</li> <li>Disponer de los recursos financieros, tecnicos y humanos para la minimizacion del riesgo asociado al uso de la tecnología.</li> <li>identificacion de barreras organizacionales que minimicen los riesgos administrativos, asistenciales y gerenciales</li> <li>evaluacion de la politica de gestion de la tecnología a través de la materializacion de los riesgos identificados en misma. y toma de acciones que corrijan las desviaciones.</li> </ol>	<p>implementar guias y protocolos frente al uso de la tecnología, identificando los principales niveles de riesgo . Y realizar seguimiento, gestionar recursos para llevar a cabo estas guias.</p>	<p>Cumplimiento de actividades propuestas</p>	<p>protocolos elaborados e implementados/total de protocolos elaborados</p>	<p>10</p>	<p>80%</p>	<p>Coordinador area de mantenimiento</p>	<p>no se han realizado las actividades</p>	<p>0.00%</p>
	<p>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, habilitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.</p>	<p>Diseño, aplicacion y evaluacion de guias y/o protocolos de manejo clínico. que contengan el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes</p>	<p>implementacion de guias tecnicas para el adecuado manejo de los equipos biomedicos</p>	<p>evaluacion de los estandares de acuerdo de a la resolucion 1 2 3 del 2012</p>			<ol style="list-style-type: none"> <li>Diseño de guias de uso de la tecnología, a través de la identificación de cada uno frente al apoyo resolutivo o diagnostico de la situación de salud de los usuarios, Identificación del riesgo de cada equipo para que sea incluido en la guía rápida de manejo de equipos biomedicos,</li> <li>diseño de un mecanismo de evaluación a la adherencia de las guias de manejo rápido de</li> </ol>	<p>plantear guias que determinen el riesgo frente al manejo de la tecnología, e implementar criterios de evaluación</p>	<p>guia elaborada</p>	<p>guia elaborada y aprobada</p>	<p>10</p>	<p>80</p>	<p>Coordinador area de mantenimiento</p>	<p>no se han realizado las actividades</p>	<p>0.00%</p>
	<p>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.</p>	<p>Evaluar la efectividad del Plan de Mantenimiento</p>		<p>evaluacion de los estandares de acuerdo de a la resolucion 1 2 3 del 2012</p>			<p>Actualizar el Manual de Mantenimiento Preventivo Programado</p>	<p>mantener actualizado el Manual de Mantenimiento Preventivo Programado incluyendo nuevas estrategias que impliquen mejoras en el funcionamiento de los equipos.</p>	<p>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</p>	<p>NRO. DE MANTENIMIENTOS REALIZADOS/NUMEROS DE MANTENIMIETNOS PROGRAMADOS</p>	<p>90%</p>	<p>100%</p>	<p>Coordinador area de mantenimiento</p>	<p>la ingeniera maira esta haciendo este manual</p>	<p>9300.00%</p>
				<p>evaluacion de los estandares de acuerdo de a la resolucion 1 2 3 del 2012</p>			<p>Actualizar Plan de Mantenimiento ( Infraestructura, muebles y encerres de uso administrativo y asistencial)</p>	<p>implimentar el plan de Mantenimiento ( Infraestructura, muebles y encerres de uso administrativo y asistencial)</p>	<p>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</p>	<p>plan de mantenimiento elaborado y aprobado</p>	<p>80</p>	<p>100</p>	<p>Coordinador area de mantenimiento</p>	<p>no se han realizado las actividades</p>	<p>0.00%</p>
				<p>evaluacion de los estandares de acuerdo de a la resolucion 1 2 3 del 2012</p>			<p>Asignar Oportunamente Recursos Humanos y Financieros al Cumplimiento del Plan de Mantenimiento</p>	<p>Gestionar, evaluar y establecer recursos para el cumplimiento del plan de mantenimiento.</p>	<p>solicitud de recurso humado y financiero</p>		<p>0</p>			<p>se hacen las solicitudes al financiero</p>	<p>0.00%</p>



		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.			capacitar al personal sobre necesidades del ambiente físico, mantenimiento hospitalario, mantenimiento biomédico y el adecuado uso de la herramienta como instrumento de trabajo.	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	numero de personal solicitada a capacitaciones/numero de capacitaciones programadas	90%	100%		se hizo la capacitación de humanización y el personal asistió	92
--	--	---	--	--	---	--	----------------------------	---	-----	------	--	---	----

SISTEMA DE EVALUACION DE LA GESTION GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA													
DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CODIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015											
PLAN DE ACCION AÑO 2014													
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		PROCESO: SALUD OCUPACIONAL HSE											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA:													
	Intervencion en riesgo psicosocial de los Colaboradores ocupacionalmente expuestos	Deteccion y seguimiento a todo los colaboradores del Hospital del sarare en salud mental por medio de la oficina de salud ocupacional y talento Humano	Porcentaje de cumplimiento del Programa de Riesgo Psicosocial.	0	33%	1. Consecucion de un Psicologo organizacional. 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 organizacional. 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	100%	100%	Salud Ocupacional, y Talento Humano		
								Presentacion del diagnostico, y seguimiento del mismo. (Desarrollo de talleres)	0%	100%			
								Cobertura Sensibilización: No de Clientes internos sensibilizados/No total de clientes internos en la ESE * 100	0%	100%			
								Cobertura de poblacion objeto en Consultorias individuales: No de consultorias psicosocial individual /No total de clientes internos en la ESE * 100	0%	33%			
								Contratación de un psicologo para la atención y seguimiento de los casos detectados, para consultorias individuales.		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	0%	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 26 servicios para evaluar los riesgos laborales (Realizacion del dignóstico de condiciones de trabajo)(Panorama General de factores de Riesgo). 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(Panorama General de factores de Riesgo). -Realizacion del diagnostico de condiciones de Salud laboral.	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	100%	100%			
	Brindar una capacidad de respuesta adecuada oportuna y eficaz a los evento catastróficos 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).	Cobertura de socializacion del Plan: No Total de colaboradores socializados/ No Total de colaboradores en en el Hospital, in cluyendo cooperativa * 100	54%	70%	Unidad Funcional de Salud Ocupacion al HSE. Comité de emergencias		
				0%	100%			Consecución Logistica para el Desarrollo del Plan: No de elementos suministrados/ No total d elementos solicitados * 100	50%	70%			
								Desarrollo del simulacro de emergencias	0%	100%			

UNIDAD FUNCIONAL DE SALUD LABORAL HSE	<p>Estándar 123. Código: (GAF5) La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo CRITERIOS • Desarrollo y revisión permanente del plan organizacional para preparación en casos de emergencias y desastres. • El plan contempla todas las unidades funcionales y se articula con todas las sedes de la organización, si aplica. • Se realizan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres, a partir de los cuales se implementan acciones de mejora y se asegura que las recomendaciones se implementan. • La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla los recursos y las actividades para la respuesta oportuna. • La existencia de planes de contingencia en caso de fallo de los sistemas de comunicación</p>	Actualización, ajuste y socialización del Plan de Emergencias (Documento) acorde a los criterios normativos y de acreditación.	Porcentaje de cumplimiento de las actividades del plan de Emergencias. * Promedio de calificación de estándar 123 de 2012	80%	90%	<p>Ajustar el Plan de Emergencias interno y externo, que incluya los siguientes criterios: 1. La periodicidad en los simulacros en la institución 2. Articulación del plan con otras sedes 3. Protocolos de salida de los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodarse a los nuevos ingresos. (Plan externo) 4. Proceso de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios del Hospital para el plan interno.</p>	<p>Ajuste general del Plan: Reevaluar las salidas de emergencias, y puntos de evacuación, así como de ingreso de clientes externos. Señalización del 100% de las áreas de las ESE, y mejoramiento de señalización de rutas de emergencias.</p>	<p>Mejoramiento de señalización de rutas de emergencias: No de rutas aptas para emergencias/No de rutas de emergencias señalizadas.</p>	80%	90%	Unidad Funcional de Salud Ocupación al HSE. Comité de emergencias		
	<p>Estándar 124. Código: (GAF6) Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios (cuando ocurren situaciones que lo ameriten). El proceso incluye: CRITERIOS: • Identificación de usuarios que deben ser reubicados. • Comunicación de esta situación a las familias. • Sistema de transporte de los usuarios. • Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención.</p>			20.0%	80%	<p>Al presentarse la Emergencia debe incluir: * La Identificación de usuarios que deben ser reubicados. * Como se va a manejar el Sistema de transporte de los usuarios. • Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención.</p>	<p>Ajuste general del Plan, bajo el cumplimiento del estándar 124.</p>	<p>Ajuste General del Plan, bajo el cumplimiento total de las tres actividades enunciadas.</p>	20%	90%	Unidad Funcional de Salud Ocupación al HSE. Comité de emergencias		
	<p>Prevención de infecciones intrahospitalaria</p>	Actualización y Aplicación de normas de Bioseguridad en todos los procesos de la ESE.	% cumplimiento	0	70%	<p>1. Reunion con los líderes de cada proceso, para la actualización de manuales. 2. Realización de capacitaciones en la actualización de manuales de bioseguridad 3. Aplicación de listas de chequeo</p>	<p>Actualización de los manuales de normas de bioseguridad. Socialización y divulgación de los manuales. Seguimiento y control de la aplicación de los manuales, en todos los procesos.</p>	<p>Porcentaje de actualización de los manuales de bioseguridad: No de manuales actualizados/No total de manuales de bioseguridad en la ESE *100 Cobertura de capacitaciones de la población Objeto: No de asistentes a las capacitaciones/No total de población de los procesos a intervenir * 100</p>	80%	90%	Unidad Funcional de Salud Laboaraal, y Líderes de Procesos		
				40%	90%	<p>Realizar Programación de socialización de Panorama de Riesgos</p>	<p>Programación de socialización de panoramas</p>	<p>Cumplimiento de programación</p>	40%	90%	Jefe de Salud Laboral HSE		
	<p>Estándar 120. Código: (GAF2) La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico. CRITERIOS • La organización cuenta con una estrategia para promover la cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico. • Se cuenta con programas de capacitación y entrenamiento en el manejo del ambiente físico para colaboradores y usuarios. • 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. • 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. • Protocolos para casos de reúso. • Proceso de esterilización seguro. • Directrices para el uso seguro de ropa hospitalaria y</p>	<p>2. Incluir en el Plan de Capacitaciones dirigido a usuarios y colaboradores la socialización de Panorama de Riesgos e intervención de prioritarios</p>	Promedio de calificación de estándar 123 de 2012	100%	100%	<p>Socializar Panorama de Riesgos siguiendo la programación e intervención de Prioritarios</p>	<p>Socialización y divulgación de la programación e intervención de Prioritarios</p>	<p>Porcentaje de Cumplimiento de socialización: No de panoramas actualizados/ No de panoramas socializados * 100</p>	100%	100%	Salud Laboral HSE		
				25%	50%	<p>Realizar seguimiento a la Socialización de Panoramas de Riesgos e intervención de prioritarios</p>		<p>porcentaje de cumplimiento de intervenciones a los riesgos prioritarios</p>	25%	50%			
				25%	100%	<p>Documentar el Protocolo de detección (Reporte de AL), e investigación de Incidentes y Accidentes laborales.</p>		<p>Cumplimiento al Plan</p>	25	100%			
		<p>3. Documentar la investigación de Incidentes y Accidentes; socializarla y aplicarlos.</p>		100%	100%	<p>Socializar Protocolo de Detección (Reporte de Accidente laboral).</p>	<p>Socializar Protocolo de Detección (Reporte de Accidente laboral).</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento: No de servicios de la ESE/ No de servicios socializado el protocolo * 100</p>	25	100%			
				38%	80%	<p>Realizar Investigación de Incidentes y accidentes</p>	<p>Realizar Investigación de Incidentes y accidentes</p>	<p>Porcentaje de accidentes e incidentes investigados: : No de accidentes investigados/No de accidentes ocurridos en la ESE *100</p>	38%	80%			
				0%	70%	<p>Evaluar adherencia a el protocolo de reporte de accidente laboral.</p>	<p>Evaluar adherencia a el protocolo de reporte de accidente laboral.</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento: No de servicios de la ESE con socialización de protocolo/ No de servicios evaluados el protocolo * 100</p>	0%				

<p>evaluación de su cumplimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>4. Actualizar protocolos de limpieza y desinfección; Evaluando la adherencia de los protocolos de limpieza y desinfección.</p>	<p>Promedio de calificación de estandar 123 de 2012</p>	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	87	100%	Epidemiología 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	70%	100%			
			87%	100%	Evaluar la adherencia de los protocolos de limpieza y desinfección.	Evaluar la adherencia de los protocolos de limpieza y desinfección.	Porcentaje de cumplimiento: No de servicios de la ESE con socialización de protocolo/ No de servicios evaluados el protocolo * 100	87%	100%			
<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: CRITERIOS • Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final. • Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación. • Impacto ambiental. • Elementos de protección para el personal.</p>	<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>	<p>Promedio de calificación de estandar 123 de 2012</p>	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	45%	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	25%	75%			
			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 evaluadas de servicios básicos / No de personas que superan la prueba evaluada * 100	100%	100%			
<p>Estándar 129. Código: (GAF11) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta: CRITERIOS • El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. • La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización. • La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares. • El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad. • La comunicación de los resultados</p>	<p>Gestionar las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, teniendo en cuenta los criterios del estándar.</p>	<p>Promedio de calificación de estandar 123 de 2012</p>	1.5		Definir con la dirección la estrategia que permita el seguimiento al Plan de Mejoramiento.							
<p>Prevención de infecciones intrahospitalaria</p>	<p>Actualización y Aplicación de normas de Bioseguridad en todos los procesos de la ESE.</p>	<p>% cumplimiento</p>	80%	90%			Porcentaje de actualización de los manuales de bioseguridad: No de manuales actualizados/No total de manuales de bioseguridad en la ESE *100	80%	90%	Unidad Funcional de Salud Ocupacional, y Líderes de Procesos		
<p>Estándar 39. Código: (ASP-L16) La organización cuenta con procesos estandarizados 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: • Admisión y transporte intra e interinstitucional de los pacientes con infección. • Estandarización, implementación y seguimiento a la adherencia de técnicas de aislamiento. • Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, sustitución de catéteres venocentrales.</p>	<p>1. Darle funcionalidad al comité de infecciones como una estrategia multidisciplinaria e integradora para que se divulguen las caracterizaciones de los resultados de las infecciones clasificadas, resistencia bacteriana y definir líneas de acción.</p>	<p>Promedio de calificación de estandar 123 de 2012</p>	40	70	1. Reunión con los líderes de cada proceso, para la actualización de manuales. 2. Realización de capacitaciones en la actualización de manuales de bioseguridad 3. Aplicación de listas de chequeo	Actualización de los manuales de bioseguridad. Socialización y divulgación de los manuales. Seguimiento y control de la aplicación de los manuales, en todos los procesos.	Cobertura de capacitaciones de la población Objeto: No de asistentes a las capacitaciones/No total de población de los procesos a intervenir * 100	40%	70%			
<p>Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica</p>	<p>Optimizar la gestión de los procesos del SIG. Mantener actualizados los sistemas de información. Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.</p>	<p>Promedio de calificación de estandar acreditación</p>	40%	70%	Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Porcentaje de cumplimiento: Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso	40%	70%	Unidad Funcional de Salud Ocupacional, y Líderes de Procesos		
					Actualización continua de los sistemas de información	Actualización continua de los sistemas de información	promedio de asistencia de personal de partos/total de personal	0%	70%			
			0	70%								

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA													
CÓDIGO DANE		81													
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015													
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015															
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:									
SECTOR DEL PDD:		SALUD													
PROGRAMA DEL PDD:		JURIDICA													
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
<b>SUBPROGRAMA:</b>															
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.	Dar a conocer al cliente externo sobre nuestros 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 sobre el servicio prestado mediante programas radiales	Sensibilización de usuarios	100	100		se ha sensibilizado a la población sobre el servicio prestado	100	
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Manual de contratación actualizado a 30 de junio de 2014				Ajustar el manual de contratación de	Tener a 30 de junio de 2014	Manual de contratación	El manual actualizado	80	100		no se ha hecho el manual	0	
	Mantener actualizados los sistemas de información.	Actualización de los sistemas	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	Actualización de sistemas de información	cumplimiento de los objetivos institucionales	90	100		se ha capacitado parte del personal y estamos en el proceso de seguir capacitando	50	
	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Competencia y compromiso de los trabajadores de la ESE en cuanto a la atención al usuario	buena atención al usuario por parte de los trabajadores de la ESE			Capacitar al personal sobre aspectos relacionados	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución en aspectos relacionados. Realizar por lo menos una capacitación mediante plataforma virtual sobre temas relacionados	Buena atención al usuario por parte de nuestros trabajadores	buena actitud de los trabajadores de la ESE en cuanto a la atención del usuario	100	100		se ha capacitado el personal de la ESE	100	
Estándar 103. Código: (TH 1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estos procesos incluyen la información relacionada con:	1- Definir una estrategia para que todos los colaboradores conozcan bajo que normatividad está regida la institución, así como sus funciones y obligaciones.	Dar a conocer el reglamento interno a los trabajadores, la normatividad que nos regula y los entes que nos vigilan	capacitar al personal sobre la normatividad vigente			Definir la normatividad, las funciones y obligaciones que deben ser conocidas por los colaboradores de la institución (hacer una revisión y priorización)	Dar a conocer el reglamento interno, y mantener al día a los trabajadores en cuanto a la normatividad que este vigente	Dar a conocer el reglamento interno a los trabajadores, la normatividad que nos regula y los entes que nos vigilan	hacer un cronograma de capacitación al personal	100	100		ya está elaborado el reglamento interno pero este no se ha socializado	90	
	Realizar estudio de cargas laborales en la vigencia 2014 de acuerdo a la asignación presupuestal. contratar empresa externa para la medición de cargas laborales.)	Cargas laborales	contratación de personal para reducir la carga laboral mediante convocatorias			realizar convocatoria abierta y una vez se presentes los oferentes escoger la propuesta mas favorable	vigilar que la propuesta ganadora cumpla de acuerdo a la ley	cargas laborales	convocatorias para contratación de personal externo para reducción de sobre carga laboral	100	100		se ha desarrollado completo este proyecto	100	

<b>CINCA JURÍD</b>  Estándar 104. Código: (TH 2). Existe un proceso para la planeación del talento humano. El proceso descrito considera aspectos tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislación.</li> <li>• Cambios en el direccionamiento estratégico.</li> <li>• Mejoramiento de Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. Cambios en la estructura organizacional.</li> <li>• Cambios en la planta física.</li> <li>• Cambios en la complejidad de los servicios.</li> <li>• Disponibilidad de recursos.</li> <li>• Tecnología disponible.</li> <li>• Suficiencia del talento humano en relación con el portafolio y la demanda de servicios.</li> <li>• Relación docencia-servicio.</li> <li>• Relación de la oferta y la demanda de servicios con la docencia-servicio.</li> <li>• La planeación del talento humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos y deberes, el Código de Ética y el código del buen gobierno y el diseño del proceso de atención.</li> <li>• Evaluación de necesidades de contratación con terceros</li> </ul>	Estandarizar y documentar la elaboración, presentación y liquidación de los cuadros de turno y las novedades presentadas.	Estandarización de los cuadros de turno de las diferentes áreas y capacitar a los líderes de proceso en laboral	hacer reuniones con los encargados de las áreas asistenciales para estandarizar los cuadros de turnos de acuerdo a la ley			analizar con jurídica los aspectos relacionados con la oportunidad de mejora y capacitar a los líderes de procesos sobre aspectos laborales, legales relacionados con las incapacidades, permisos, licencias y otros relacionados con el manejo de nómina.	capacitar a todos los líderes de proceso, sobre los aspectos que se dan en cada caso laboral permisos, incapacidades, licencias, y nomina	estandarización de los cuadros de turno de las diferentes áreas y capacitación a líderes de proceso en materia laboral	capacitar periódicamente a los líderes de proceso en cuanto a las nuevas leyes laborales	0	80		esta actividad es de talento humano	
	Creacion de cargos que cumplan con el perfil que tienen los trabajadores de acuerdo a la ley	realizar un sondeo en la institucion de cuales son los servicios que mas carga laboral tienen para así empezar a descongestionar los servicios			indagar o revisar modelos de perfil de cargos para personal contratista.	Tener los perfiles de cargos creados y así descongestionar las sobrecargas laborales de acuerdo a la normatividad vigente	Creacion de cargos que cumplan con el perfil que tienen los trabajadores de acuerdo a la ley	Creacion de cargos que cumplan con el perfil de los trabajadores de la ese	0	100		lo estan realizando los de cargas laborales	70	
	Elaborar el perfil de cargos para personal contratista.	Creacion, elaboracion y socializacion del manual de cargos para el personal de contrato	Manual de cargos para el personal de contrato incluyendo los criterios de acreditacion			construir un manual de cargos para el personal contratista, incluyendo los criterios definidos por acreditación	Capacitar, socializar el manual de cargos a todo el personal de contrato incluyendo los criterios de acreditacion	Creacion elaboracion y socializacion del manual de cargos al personal de contrato incluyendo los criterios de acreditacion	Elaboracion del manual de cargos para el personal de contrato incluyendo los criterios de acreditacion	0	100		el manual es de el area de talento humano, esta creado, pero no se ha socializado	
					socializar al personal contratista sobre el manual elaborado por el hospital.	Socializar y capacitar al personal sobre el manual de cargos				75	100		es manual de funciones, no manual de cargos	0
	revisar, ajustar el reglamento interno, código de ética, elaborar el código de convivencia y comportamiento de los colaboradores del hospital del Sarare y Definir estrategias de divulgación. (busca asesoría externa). Articulado con el estándar asistencial e incluir las competencias transversales a todos los colaboradores	Actualizar el reglamento interno código de ética, elaboración del código de convivencia y comportamiento de los colaboradores	Reglamento interno actualizado y elaboración del código de convivencia y comportamiento de los colaboradores de la ese			hacer una revisión jurídica desde el marco normativo relacionado con el reglamento interno teniendo en cuenta las características contractuales de la institución. Solicitar asesoría externa frente al marco normativo relacionado con reglamento interno, código de ética y buen gobierno por la modalidad de contratación existente	Capacitar socializar al personal el reglamento interno el código de ética de convivencia y comportamiento de los colaboradores de la ese	Actualización de reglamento interno y elaboración del código de ética y comportamiento de los colaboradores de la ese.	Reglamentos y códigos actualizados y elaborados	50	100		no se ha hecho, porque no se han hecho todas las capacitaciones	0
		Actualización del código de buen gobierno divulgación a los colaboradores de la ese sobre la metodología y los temas incorporados en cuanto a; acreditación.	Actualización del código de buen gobierno y socialización de los temas incorporados a los trabajadores de la ese			Actualizar el código de ética y buen gobierno: definir los criterios que deben ser incorporados, así como los temas de acreditación y la metodología de divulgación a los colaboradores con los líderes de proceso y el área de comunicaciones: imagen corporativa, cronograma y evaluación.	Capacitar a los líderes de proceso sobre las políticas de buen gobierno y los temas para incorporar en la acreditación	políticas de buen gobierno y temas que van incorporados en los diferentes procesos para la acreditación		0	100		no se ha realizado esta actividad	0

	<p>Estándar 106. Código: (TH 4) Existe un proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias. Las competencias están definidas con base en las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p>	<p>actualizar el manual de funciones teniendo en cuenta todos los criterios establecidos en el estándar.</p>	<p>Manual de funciones para contratistas y personal de planta</p>	<p>Implementar y actualizar el manual de funciones a personal de contrato y personal de planta</p>			<p>Hacer una revisión y actualización del manual de funciones actual para incorporar los criterios emitidos por el DAFP y los establecidos para acreditación.</p>	<p>Socializar y capacitar al personal de planta y a contratistas la actualización del manual de funciones para incorporar los criterios emitidos por el dafp</p>	<p>manual de funciones para incorporar los criterios por el dafp</p>	<p>total de personal socializado de planta sobre el total de personal contratos</p>	<p>0</p>	<p>80</p>		<p>no se han actualizado los manuales de funciones</p>	<p>0</p>
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---	----------	-----------	--	--	----------

SISTEMA DE EVALUACION DE LA GESTION GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA													
DEPARTAMENTO:						ARAUCA							
CÓDIGO DANE:						81							
PLAN DE DESARROLLO:						ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015							
DIMENSION DEL PDD:						PLAN DE ACCION AÑO 2015							
SECTOR DEL PDD:						META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:							
PROGRAMA DEL PDD:						SOCIAL SALUD							
						PROCESO DE FARMACIA							
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
FARMACIA	mejorar la seguridad del paciente	disminuir el riesgo de los efectos adversos de medicamentos y dispositivos médicos por el ingreso de los elementos externos	Demanda satisfecha = productos entregados/productos solicitados*100	70%	100%	proyectar la oferta de servicio	Hace un diagnostico de rotacion de inventarios en unidades	diagnostico elaborado	40%	100%	QUIMICO FARMACEUTICO	no se ha realizado la actividad	0.00%
						Creacion del stock	contar con un Stock suficiente para garantizar el suministro de medicamentos a nuestros usuarios	cumplimiento de cantidades del stock	90%	100%		se realizo completamente la actividad	100.00%
			porcentaje de almacenamientos en areas no autorizadas	50%	90%	Socializacion al cuerpo de enfermeria de los servicios de protocolos de control y vigilancia	Socializacion de protocolos al 75% del personal de enfermeria	% de personal de enfermeria capacitado	75%	100%		no se ha realizado la actividad	0.00%
FARMACIA	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	90.00%	100%	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	0.00%	50%	QUIMICO FARMACEUTICO	educar al cuerpo medico para que solicite las cantidades minimas y lograr el ahorro de medicamentos	15.00%
FARMACIA	Garantizar la entrega oportuna de los medicamentos solicitados	Garantizar la entrega al 100% los medicamentos franja violeta (medicamentos de control especial) de uso intrahospitalario	% entrega	72.00%	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	se realizo completamente la actividad	100%
Apoyo a	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	50%	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 politica de administracion	% de organización	0%	70%	QUIMICO FARMACEUTICO	no se ha realizado la actividad	0%
Apoyo a	Estándar 92. Código: (GER 5) La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye: CRITERIOS • Un proceso planificado para la referencia ión en el que se priorizan las prácticas que son objeto de esta referencia ión. • Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.). • Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros. • Evaluación de resultados ajustados por riesgo. • Eventos adversos. • Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. • Se implementan acciones de mejora a partir de los procesos de referencia ión realizado.	• Diseño e implemntacion de un proceso de referenciacion comparativa	Procesos de gestion	0%	70%							no se ha realizado la actividad	0%
	Estándar 93. Código: (GER 6) Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de: CRITERIOS: Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades. • Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación. • Apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. • Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento. • Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.	Diseño e implementacion de la politica de seguridad de paciente que promueva la cultura de seguridad en la organización.	Politica de seguridad	0%	70%	1. Definir e identificar los riesgos de seguridad del paciente a nivel organizacional. 2. diseño de herramientas y metodologías para identificar, priorizar,gestionar, evaluar e intervenir los riesgos de seguridad del paciente 3. priorizacion de los riesgos de seguridad del paciente 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 de seguridad relacionados con la parte administrativa, asistencial y gerencial. 6. Definición de la estrategia de despliegue de la politica de seguridad del paciente. 6 evaluacion de la materializacion de los riesgos organizaiconales y toma de acciones que corrijan las desviaciones.						esta repetido	
	Estándar 53. Código: (ASPLTZ) La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente; incluye:		Farmacovigilancia	30%	100%	Revisar y ajustar comité de farmacia incluyendo integrantes,funciones ,responsabilidades y periodicidad de las reuniones.					QUIMICO FARMACEUTICO	se ha realizado	100%

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño del plan farmacológico de tratamiento.</li> <li>• Aplicación de la política de uso racional de antibiótico.</li> <li>• Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación del servicio farmacéutico.</li> </ul> </li> <li>• Participación de infectología si la complejidad lo requiere.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconciliación de medicamentos al ingreso.                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmacovigilancia.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Señales de alarma y mecanismos para la separación de medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración.</li> <li>• Revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.</li> <li>• Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente (este criterio no aplica para los servicios ambulatorios). Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume según un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud debe tener especial cuidado en incorporar estos medicamentos en el plan de tratamiento y consignarlos en su historia clínica.</li> </ul>	<p>1. Documentar el programa de Farmacovigilancia que defina el cumplimiento normativo, incluyendo el reporte interno y externo, seguimiento de medicamentos externos, con formato de recepción y el seguimiento y recepción técnica de los medicamentos que la institución contrata directamente.</p>	<p>20%</p> <p>100%</p>	<p>Revisar y ajustar el programa de farmacovigilancia incluyendo Diseño del plan farmacológico de tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de la política de uso racional de antibiótico.</li> <li>• Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación del servicio farmacéutico.</li> </ul> </li> <li>• Participación de infectología si la complejidad lo requiere.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconciliación de medicamentos al ingreso.                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmacovigilancia.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Señales de alarma y mecanismos para la separación de medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración.</li> <li>• Revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.</li> <li>• Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente (este criterio</li> </ul>	<p>20%</p> <p>100%</p>	<p>QUIMICO FARMACEUTICO</p>	<p>la jefe karime entrega al personal medico la guia de aplicación de medicamentos seguros</p>	<p>35%</p>
			<p>Socializar programa de farmacovigilancia a todos los colaboradores asistenciales de la institución</p>	<p>75%</p> <p>100%</p>	<p>QUIMICO FARMACEUTICO</p>	<p>no se ha socializado</p>	<p>0%</p>
	<p>Aumentar la satisfacción del usuario.</p>		<p>Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios</p>	<p>Dar cumplimiento a la respuesta de quejas en los plazos establecidos</p>	<p>QUIMICO FARMACEUTICO</p>		
	<p>Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.</p>	<p>0%</p> <p>50%</p>					<p>20%</p>
	<p>Optimizar la gestión de los procesos del SGI.</p>	<p>0%</p> <p>50%</p>			<p>QUIMICO FARMACEUTICO</p>	<p>no se ha realizado la actividad</p>	<p>0%</p>
	<p>Mantener actualizados los sistemas de información.</p>	<p>40%</p> <p>100%</p>			<p>QUIMICO FARMACEUTICO</p>	<p>se presentaron procedimientos debidamente documentados</p>	<p>60%</p>
	<p>Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica</p>	<p>Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.</p>	<p>30%</p> <p>100%</p>	<p>Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con atención al usuario</p>	<p>Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución en aspectos relacionados. Realizar por lo menos una capacitación mediante plataforma virtual sobre temas relacionados</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>QUIMICO FARMACEUTICO</p>	<p>se hizo de un curso de humanización con el politécnico</p> <p>100%</p>



**HOSPITAL DEL SARARE**  
 Empresa Social del Estado  
 NIT. 800231215-1

*Evolucionamos pensando en usted*

Minister

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA						
CÓDIGO DANE		81						
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015						
		<b>PLAN DE ACCION AÑO 2015</b>						
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:			
SECTOR DEL PDD:		SALUD						
PROGRAMA DEL PDD:		TALENTO HUMANO						
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICAD
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE
TALENTO HUMANO	Fortalecimiento del Desarrollo Integral del talento Humano	Realizar seguimiento a los programa de Bienestar Social e incentivos.	Cumplimiento del Programa de Bienestar Social			Elaboracion y aprobacion del programa de Bienestar Evaluar el impacto del programa de Bienestar social e incentivos	ejecutar en un 95% el programa de bienestar social	cumplimiento de las actividades pasmadas dentro del plan
		Fortalecer los procesos de selección, inducción, reinducción.	Cumplimiento del proceso de Selección Establecido			Actualizar el proceso de selección e induccion Puesta en marcha del proceso Seguimiento al cumplimiento	100% del cumplimiento de los procesos de selección e induccion	cumplimiento de las actividades pasmadas dentro del plan
		Fortalecer la cultura organizacional a través de diferentes programas	% de personas satisfechas laboralmente y que adquieren un mayor sentido de pertenencia			Realizar actividades que impacten positivamente el mejoramiento del clima laboral En conjunto con la ARL y la oficina de Salud Ocupacional crear y operativizar el comite de Convivencia Junto con el Trabajador Social (Psicologo), Juridico y subgerentes para crear un comite de apoyo prepensional Capacitacion en comunicacion acertiva en colaboracion con la ARL	lograr que el 95% de las personas adquieran un mayor sentido de pertenencia y satisfaccion laboral y personal hacia la institucion	% de ejecucion de las actividades plasmadas para fortalecer el clima organizacional
		Fortalecer Programa de capacitacion	Cumplimiento del programa de capacitacion			Elaborar el plan de capacitacion acorde con las necesidades de la ESE y a los lineamientos del DAFP Presentacion y aprobacion del plan	ejecutar durante la vigencia, el 95% de los planes de capacitacion y entrenamiento	cumplimiento de las actividades pasmadas dentro del plan
		Coordinar con talento humano a traves del programa Bienestar social, acciones de estilo de vida saludable	Cumplimiento al programa de estilo de vida saludable			Formular acciones para incentivar a los colaboradores de la ESE en estilos de vida saludables	lograr implementar por los menos dos de los 5 estilos de vida saludables	% de implementacion de los estilos de vida saludable
		evaluación de desempeño específica y general a los funcionarios de la institución	Porcentaje de cumplimiento a la evaluacion de desempeño			Evaluar a los funcionario de carrera administrativa en los terminos establecidos por la ley Elaborar y validar un instrumento de evaluacion para el personal	*90% de evaluaciones de desempeño de funcionarios de carrera *al finalizar el año tener establecido instrumento de evaluacion.	% de cumplimiento de las actividades planteadas

TALENTO HUMANO		Mejorar la atención en salud mental	deteccion y seguimiento a todos los colaboradores del Hospital del sarare en salud mental por medio de la oficina de salud ocupacional y talento Humano			*identificar factores de riesgo que insiden en la salud mental de los trabajadores *desarrollar acciones de impacto sobre los factores identificados *incluir dentro del programa de capacitacion y el programa de salud ocupacional, temas en salud mental	lograr impactar favorablemente al menos en un 80% los factores de riesgo identificados	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Mejoramiento de la Imagen Corporativa	Lograr que los colaboradores proyecte imagen corporativa a traves de uniformes que los identifique	Unificacion de uniformes			*socializar entre el personal administrativo el manual de imagen corporativo dando a conocer los colores institucionales para lograr una unificacion de criterios. *identificacion de diferentes diseños de uniformes con el fin de permitir una buena eleccion por parte del personal administrativo. *buscar asesoria de modistas especializadas que nos garanticen un buen diseño en las mejores telas que existen en el mercado.	Establecer un diseño acorde con los colores institucionales	cumplimiento de las actividades pasadas dentro del plan
	Estandarizar el proceso de Respuesta a los diferentes requerimientos de los entes de Control y Colaboradores de la ESE	Dar repuestas oportunas a los requerimientos a los entes de control y a los colaboradores de la ESE	Oportunidad en la entrega de la Informacion			elaborar cronograma de los diferentes informes solicitados con el fin de asegurar una revision de la informacion antes de envio identificar, organizar y estandarizar el proceso para atender y dar respuesta a las diferentes solicitudes	establecer los tiempos de entrega de acuerdo al tipo de solicitud	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Terminar de Sanear los aportes patronales con las diferentes administradoras	Terminar en un 100% la depuracion de los aportes patronales del 2010 al 2012	Porcentaje de depuracion de aportes patronales			entrega de la informacion solicitada por cajanal en liquidacion, horizonte y porvenir, saludcoop y terminar de sanear los años 2010 al 2012	ejecutar en un 100% las actividades planeadas	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Diseño; implementacion y evaluacion de la política de atención humanizada, que promueva el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad (Estandar 79)	capacitar al personal en atencion humanizada y establecer acciones de mejora	evaluar la politica de atencion humanizada			1. Definicion de La política de atención humanizada 2. establecer los objetivos metas e indicadores de la politica 3. promover, desplegar y evaluarla politica a nivel general 4. implementar acciones de mejora acorde a los resultados presentados.	1. Definicion de lineas estrategicas que articulen el concepto de humanizaicon en la organizacion 2. Definir e identificar los riesgos que afecten el proceso de humanizacion en la atencion 3. diseño de herramientas y metodologías para identificar	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	1- Definir una estrategia para que todos los colaboradores conozcan bajo que normatividad está regida la institución, así como sus funciones y obligaciones. (Estandar 103)	junto con los jefes de cada area definir muy bien las funciones de cada funcionario a fin de actualizar sus funciones y darselas a conocer, haciendo una revision exhaustiva				Definir la normatividad, las funciones y obligaciones que deben ser conocidas por los colaboradores de las intitución (hacer una revisión y priorización)		% de cumplimiento de las actividades planteadas
dar a conocer al personal, la normatividad, las funciones y obligaciones a travez de una forma didactica con apoyo de la oficina de imagen corporativa		en coordinacion con imagen corporativa, lideres de proceso y calidad				coordinar con lideres de proceso, imagen corporativa la manera ludica o didactica de informar sobre la normatividad, funciones y obligaciones	en coordinacion con imagen corporativa, lideres de proceso y calidad dar a conocer al personal, la normatividad, las funciones y	% de cumplimiento de las actividades planteadas
llevar un control y seguimientos a la estrategia definida						aplicar y evaluar la estrategia definida		% de cumplimiento de las actividades planteadas
	8- Elaborar los procesos de convocatoria, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro bajo el modelo de competencias.incluido inducción	verificacion de la documentacion y ajustar si es necesario	documentacion existente en calidad correspondiente al Proceso de talento Humano			Verificar la documentación existente de talento humano en la carpeta de calidad "proceso de talento humano",y establecer los requisitos de cada procedimiento y ajustarlos	Verificar la documentación existente de talento humano en la carpeta de calidad "proceso de talento humano",y establecer los requisitos de cada procedimiento y ajustarlos	% de cumplimiento de las actividades planteadas
incorporar en los registros documentales los parametros del modelo por competencia		definir los parametros				Definir los parametros del modelo por competencia e incorporarlos a todos los registro documentales	Definir los parametros del modelo por competencia e incorporarlos a todos los registro documentales	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Realizar estudio de cargas	realizacion del estudio de conveniencia y oportunidad sobre cargas laborles	justificar la necesidad			realizar un estudio de conveniencia y oportunidad para el estudio de cargas laborales	realizar un estudio de conveniencia y oportunidad para el estudio de cargas laborales	% de cumplimiento de las actividades planteadas

realizar estudio de cargas laborales en la vigencia 2014 de acuerdo a la asignación presupuestal. (Contratar empresa externa para la medición de cargas laborales.)	realizar un estudio de conveniencia y oportunidad para el estudio de cargas laborales				realizar convocatoria abierta y una vez se presentes los oferentes escoger la propuesta mas favorable	realizar convocatoria abierta y una vez se presentes los oferentes escoger la propuesta mas favorable	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	realizar convocatoria abierta y una vez se presentes los oferentes escoger la propuesta mas favorable				establecer con la empresa escogida tiempos de realización, metodología, análisis de resultados y entrega de los mismos	establecer con la empresa escogida tiempos de realización, metodología, análisis de resultados y entrega de los mismos	% de cumplimiento de las actividades planteadas
Estandarizar y documentar la elaboración, presentación y liquidación de los cuadros de turno y las novedades presentadas.	establecer con la empresa escogida tiempos de realización, metodología, análisis de resultados y entrega de los mismos				analizar con jurídica los aspectos relacionados con la oportunidad de mejora y capacitar a los líderes de procesos sobre aspectos laborales, legales relacionados con las incapacidades, permisos, licencias y otros relacionados con el manejo de nómina.	analizar con jurídica los aspectos relacionados con la oportunidad de mejora y capacitar a los líderes de procesos sobre aspectos laborales, legales relacionados con las incapacidades, permisos, licencias y otros relacionados con el manejo de nómina.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	analizar con jurídica los aspectos relacionados con la oportunidad de mejora y capacitar a los líderes de procesos sobre aspectos laborales, legales relacionados con las incapacidades, permisos, licencias y otros relacionados con el manejo de nómina.				Definir el modelo de cuadros de turnos mas acertado de acuerdo a las características de la institución. Así como las estrategias para su cumplimiento.	Definir el modelo de cuadros de turnos mas acertado de acuerdo a las características de la institución. Así como las estrategias para su cumplimiento.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Definir el modelo de cuadros de turnos mas acertado de acuerdo a las características de la institución. Así como las estrategias para su cumplimiento.				definir con los líderes de proceso relacionados los criterios para la elaboración y tiempos de entrega, así como el informe de novedades de cuadros de turnos y la liquidación.	definir con los líderes de proceso relacionados los criterios para la elaboración y tiempos de entrega, así como el informe de novedades de cuadros de turnos y la liquidación.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	definir con los líderes de proceso relacionados los criterios para la elaboración y tiempos de entrega, así como el informe de novedades de cuadros de turnos y la liquidación.				Informar a los colaboradores los criterios para la elaboración y tiempos de entrega, así como el informe de novedades de cuadros de turnos y la liquidación.	Informar a los colaboradores los criterios para la elaboración y tiempos de entrega, así como el informe de novedades de cuadros de turnos y la liquidación.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
Elaborar el perfil de cargos para personal contratista.	Informar a los colaboradores los criterios para la elaboración y tiempos de entrega, así como el informe de novedades de cuadros de turnos y la liquidación.				indagar o revisar modelos de perfil de cargos para personal contratista.	indagar o revisar modelos de perfil de cargos para personal contratista.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	indagar o revisar modelos de perfil de cargos para personal contratista.				construir un manual de cargos para el personal contratista, incluyendo los criterios definidos por acreditación	construir un manual de cargos para el personal contratista, incluyendo los criterios definidos por acreditación	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	construir un manual de cargos para el personal contratista, incluyendo los criterios definidos por acreditación				socializar al personal contratista sobre el manual elaborado por el hospital.	socializar al personal contratista sobre el manual elaborado por el hospital.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
revisar, ajustar el reglamento interno, código de ética, elaborar el código de convivencia y comportamiento de los	socializar al personal contratista sobre el manual elaborado por el hospital.				hacer una revisión jurídica desde el marco normativo relacionado con el reglamento interno teniendo en cuenta las características contractuales de la institución. Solicitar asesoría externa frente al marco normativo relacionado con reglamento interno, código de ética y buen gobierno por la modalidad de contratación existente	hacer una revisión jurídica desde el marco normativo relacionado con el reglamento interno teniendo en cuenta las características contractuales de la institución. Solicitar asesoría externa frente al marco normativo relacionado con	% de cumplimiento de las actividades planteadas

TALENTO HUMANO

colaboradores del hospital del Sarare y Definir estrategias de divulgación. (buscando asesoría externa). Articulado con el estándar asistencial e incluir las competencias transversales a todos los colaboradores	hacer una revisión jurídica desde el marco normativo relacionado con el reglamento interno teniendo en cuenta las características contractuales de la institución. Solicitar asesoría externa frente al marco normativo relacionado con reglamento interno, código de ética y buen gobierno por la modalidad de contratación existente				Actualizar el código de ética y buen gobierno: definir los criterios que deben ser incorporados, así como los temas de acreditación y la metodología de divulgación a los colaboradores con los líderes de proceso y el área de comunicaciones: imagen corporativa, cronograma y evaluación.	Actualizar el código de ética y buen gobierno: definir los criterios que deben ser incorporados, así como los temas de acreditación y la metodología de divulgación a los líderes de proceso y el área de comunicaciones: imagen corporativa, cronograma y evaluación.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
actualizar el manual de funciones teniendo en cuenta todos los criterios establecidos en el estándar.	Actualizar el código de ética y buen gobierno: definir los criterios que deben ser incorporados, así como los temas de acreditación y la metodología de divulgación a los colaboradores con los líderes de proceso y el área de				Hacer una revisión y actualización del manual de funciones actual para incorporar los criterios emitidos por el DAFP y los establecidos para acreditación.	Hacer una revisión y actualización del manual de funciones actual para incorporar los criterios emitidos por el DAFP y los establecidos para	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Hacer una revisión y actualización del manual de funciones actual para incorporar los criterios emitidos por el DAFP y los establecidos para acreditación.				Definir con los líderes de proceso estrategias de socialización, cronograma y evaluación de la socialización del manual de funciones.	Definir con los líderes de proceso estrategias de socialización, cronograma y evaluación de la socialización del manual de funciones.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
Determinar el mecanismo de verificación e implementación y monitoreo sistemático para corroborar los estudios, antecedentes laborales, antecedentes fiscales, policiales y disciplinarios y credenciales en caso de ser necesarios. Coordinar con la oficina de jurídica el reporte de la información correspondiente a las convalidaciones de títulos para los casos pertinentes.	Definir con los líderes de proceso estrategias de socialización, cronograma y evaluación de la socialización del manual de funciones.				definir en el procedimiento de selección la metodología para la verificación de los documentos que son necesarios para la vinculación laboral (diseñar la matriz de ingreso de datos con fechas, novedades, entidad consultada, funcionario que atiende la solicitud, entre otros definidos) tener en cuenta: estudios, certificaciones laborales (trabajarlo cuando se haga la revisión documental del estándar No 2)	definir en el procedimiento de selección la metodología para la verificación de los documentos que son necesarios para la vinculación laboral (diseñar la matriz de ingreso de datos con fechas, novedades, entidad consultada, funcionario que atiende la solicitud, entre otros definidos) tener en cuenta: estudios, certificaciones laborales (trabajarlo cuando se haga la revisión documental del estándar No 2)	% de cumplimiento de las actividades planteadas
Establecer un mecanismo sistemático y periódico para actualizar los soportes de todos los colaboradores (creando la cultura de la importancia de mantener actualizada la Hv y del reporte oportuno)	definir en el procedimiento de selección la metodología para la verificación de los documentos que son necesarios para la vinculación laboral (diseñar la matriz de ingreso de datos con fechas, novedades, entidad consultada, funcionario que atiende la solicitud, entre				Definir la metodología, cronograma y responsables para actualización de historia laboral y hoja de vida de los colaboradores, con las listas de chequeo para cada uno y según el cargo.	Definir la metodología, cronograma y responsables para actualización de historia laboral y hoja de vida de los colaboradores, con las listas de chequeo para cada uno y según el	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Definir la metodología, cronograma y responsables para actualización de historia laboral y hoja de vida de los colaboradores, con las listas de chequeo para cada uno y según el cargo.				informar a los líderes de proceso la metodología y cronograma establecido para su ejecución e iniciar con la estrategia.	informar a los líderes de proceso la metodología y cronograma establecido para su ejecución e iniciar con la estrategia.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
Revisar, elaborar y articular el PIC Plan institucional de Capacitación de acuerdo a la normatividad, documentar todos los registros, la ficha técnica para cada capacitación, la metodología de evaluación, el cronograma de capacitaciones, seguimiento e indicadores. e incluir los temas de Seguridad del paciente, humanización,	informar a los líderes de proceso la metodología y cronograma establecido para su ejecución e iniciar con la estrategia.				Incorporar al programa de capacitación Institucional anual: el cronograma de actividades de capacitación de todas las áreas, la detección de necesidades de acuerdo a las diferentes metodologías utilizadas por el hospital, formato o ficha de planeación de capacitación, formato de evaluación integral: el aprendizaje, capacitador, la metodología y logística. establecer nota mínima de aprobación de las capacitaciones, y realizar el seguimiento al programa, incluir los temas solicitados por acreditación en capacitación, definir el indicador.	Incorporar al programa de capacitación Institucional anual: el cronograma de actividades de capacitación de todas las áreas, la detección de necesidades de acuerdo a las diferentes metodologías utilizadas por el hospital, formato o ficha de planeación de capacitación, formato de evaluación integral: el aprendizaje, capacitador, la metodología y logística. establecer nota mínima de aprobación de las	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Incorporar al programa de capacitación Institucional anual: el cronograma de actividades de capacitación de todas las áreas, la detección de necesidades de acuerdo				realizar la detección de necesidades para la elaboración del PIC (finalizando el año)	realizar la detección de necesidades para la elaboración del PIC (finalizando el año)	% de cumplimiento de las actividades planteadas

gestión del riesgo, gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad.así como en el manejo de relaciones interpersonales. manejo de Protocolos y guías de atención.	realizar la detección de necesidades para la elaboración del PIC ( finalizando el año)				Definir con el personal de planta los temas a capacitar para la siguiente vigencia.	Definir con el personal de planta los temas a capacitar para la siguiente vigencia.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Definir con el personal de planta los temas a capacitar para la siguiente vigencia.				Socializar a los líderes de proceso el desarrollo del PIC, los formatos a utilizar y solicitar con antelación capacitaciones para incorporarlas al cronograma	Socializar a los líderes de proceso el desarrollo del PIC, los formatos a utilizar y solicitar con antelación capacitaciones para incorporarlas al cronograma	% de cumplimiento de las actividades planteadas
incluir en el plan de capacitación temas de interés para la junta directiva	Socializar a los líderes de proceso el desarrollo del PIC, los formatos a utilizar y solicitar con antelación capacitaciones para incorporarlas al cronograma				establecer posibles temas a capacitar para presentarlos ydefinir con miembros de la junta directiva la pertinencia de los mismos e incorporar los en el plan de capacitación e iniciar su ejecución.	establecer posibles temas a capacitar para presentarlos ydefinir con miembros de la junta directiva la pertinencia de los mismos e incorporar los en el plan de capacitación e iniciar su ejecución.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
coordinar con el estandar asistencial el plan de educación en atención dirigido al cliente y su familia y articularlo con el estandar de talento humano .	establecer posibles temas a capacitar para presentarlos y definir con miembros de la junta directiva la pertinencia de los mismos e incorporar los en el plan de capacitación e iniciar su ejecución.				realizar reunión con lideres de proceso para definir los temas en educación a usuarios y sus familias y realizar el modelo de documento a ejecutar.	realizar reunión con lideres de proceso para definir los temas en educación a usuarios y sus familias y realizar el modelo de documento a ejecutar.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
Estructurar un documento que de respuesta al entrenamiento en puesto de trabajo donde se incluyan los criterios del estándar.	realizar reunión con lideres de proceso para definir los temas en educación a usuarios y sus familias y realizar el modelo de documento a ejecutar.				estructurar y documentar el procedimineto de entrenamiento en puesto de trabajo, los componentes y características, evaluación y articularlo en el documento de inducción.	estructurar y documentar el procedimineto de entrenamiento en puesto de trabajo, los componentes y características, evaluación y articularlo en el documento de inducción.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	estructurar y documentar el procedimineto de entrenamiento en puesto de trabajo, los componentes y características, evaluación y articularlo en el documento de inducción.				dar aconocer a los colaboradores involucrados en el tema de entrenamiento en puesto de trabajo las modificaciones metodología a emplear a partir de su aprobación.	dar aconocer a los colaboradores involucrados en el tema de entrenamiento en puesto de trabajo las modificaciones metodología a emplear a partir de su aprobación.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
Revisar y ajustar con los líderes de proceso, atención al usuario, imagen corporativa el manual de imagen corpotativa donde se especifiquen los pasos o fases del proceso de atención. y establecer su implementación.	dar aconocer a los colaboradores involucrados en el tema de entrenamiento en puesto de trabajo las modificaciones metodología a emplear a partir de su aprobación.				Realizar reunion con los lideres de proceso, atención al usuario e imagen corporativa para revisar el manual de imagen corpotariva existente y hacer ajustes orientados a los criterios de acreditación	Realizar reunion con los lideres de proceso, atención al usuario e imagen corporativa para revisar el manual de imagen corpotariva existente y hacer ajustes orientados a los criterios de acreditación	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Realizar reunion con los lideres de proceso, atención al usuario e imagen corporativa para revisar el manual de imagne corpotariva existente y hacer ajustes orientados a los criterios de acreditación				Definir con los lideres de proceso, imagen corporativa y SIAU las estrategias para implementar el manual de atención al usuario e imagen corporativa y establecer mecanismos de seguimiento incluir: (portar carné institucional, manejo zona de parqueo, correcta utilizacion de los equipos de conservación de alimentos...)	Definir con los lideres de proceso, imagen corporativa y SIAU las estrategias para implementar el manual de atención al usuario e imagen corporativa y establecer mecanismos de seguimiento incluir: (portar carné institucional, manejo zona de parqueo, correcta utilizacion de los equipos de conservación de alimentos...)	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Definir con los lideres de proceso, imagen corporativa y SIAU las estrategias para implementar el manual de atención al usuario e imagen corporativa y establecer mecanismos de seguimiento				Implementar las estrategias para el cumplimiento del manual de atención al usuario e imagen corporativa.	Implementar las estrategias para el cumplimiento del manual de atención al usuario e imagen corporativa.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
Desplegar la política de humanización a todos los colaboradores del hospital previa realización del estándar de	Implementar las estrategias para el cumplimiento del manual de atención al usuario e imagen corporativa.				Realizar grupos focales para conocer la percepcion y recoger las inquietudes de los colaboradores frente al tema y una vez analizada dar a conocer la informacion recolectada a las directivas para participar en la construcción de la política y programa de Humanización.	Realizar grupos focales para conocer la percepcion y recoger las inquietudes de los colaboradores frente al tema y una vez analizada dar a conocer la informacion recolectada a las directivas para participar en la construcción de la política y programa de Humanización.	% de cumplimiento de las actividades planteadas

direccionamiento.	Realizar grupos focales para conocer la percepcion y recoger las inquietudes de los colaboradores frente al tema y una vez analizada dar a conocer la informacion recolectada a las directivas para participar en la construcción de la política y programa de Humanización.				incorporar en el programa de capacitación institucional PIC un temario relacionado con la humanización del servicio.	incorporar en el programa de capacitación institucional PIC un temario relacionado con la humanización del servicio.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
Diseñar un instrumento para la detección de necesidades y expectativas del cliente interno.	incorporar en el programa de capacitación institucional PIC un temario relacionado con la humanización del servicio.				Buscar modelos de detección de necesidades de cliente interno o construir uno propio (encuestas, cuestionarios, entrevistas, buzón cliente interno, página web, trabajo con líderes de proceso, campañas de cuentesos cómo esta usted y qué necesita?..... )	Buscar modelos de detección de necesidades de cliente interno o construir uno propio (encuestas, cuestionarios, entrevistas, buzón cliente interno, página web, trabajo con líderes de proceso, campañas de cuentesos cómo esta usted y qué necesita?..... )	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Buscar modelos de detección de necesidades de cliente interno o construir uno propio (encuestas, cuestionarios, entrevistas, buzón cliente interno, página web, trabajo con líderes de proceso, campañas de cuentesos cómo esta usted y qué necesita?..... )				revisar los resultados que se tienen de estudios de clima laboral recientes con el fin de conocer y proyectar el trabajo a desarrollar.	revisar los resultados que se tienen de estudios de clima laboral recientes con el fin de conocer y proyectar el trabajo a desarrollar.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	revisar los resultados que se tienen de estudios de clima laboral recientes con el fin de conocer y proyectar el trabajo a desarrollar.				Documentar el modelo de detección de necesidades y clima laboral (estudio).	Documentar el modelo de detección de necesidades y clima laboral (estudio).	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Documentar el modelo de detección de necesidades y clima laboral (estudio).				implementar el modelo establecido para la detección de necesidades y analizar los resultados para socializar con las directivas y líderes de proceso	implementar el modelo establecido para la detección de necesidades y analizar los resultados para socializar con las directivas y líderes de proceso	% de cumplimiento de las actividades planteadas
Definir el proceso Docente Asistencial, el ó los referentes según la institución. (documentarlo) que de respuesta a la planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones	implementar el modelo establecido para la detección de necesidades y analizar los resultados para socializar con las directivas y líderes de proceso				Hacer una reevaluación de las condiciones existentes frente a los convenios con las instituciones educativas en conjunto con el equipo del estandar asistencial, jurídica y TH. Es necesario que en las actividades establecidas se trabaje en el tema de acreditación y capacitación; así como definir las actividades a desarrollar por parte de los estudiantes en la institución.	Hacer una reevaluación de las condiciones existentes frente a los convenios con las instituciones educativas en conjunto con el equipo del estandar asistencial, jurídica y TH. Es necesario que en las actividades establecidas se trabaje en el tema de acreditación y capacitación; así como	% de cumplimiento de las actividades planteadas
Establecer e implementar procesos y procedimientos alineados con el direccionamiento estratégico, que den respuesta al estandar de gerencia del talento humano y que estén relacionados con: -estrategias con los líderes de los estándares a fin de articular los procesos interdependientes y la ejecución de los mismos. -dinamica de seguiminetos propios del estandar para el cumplimiento de los objetivos trazados en gerencia del talento humano. -la estrategia de comunicación de los resultados sobre los procesos relacionados con el estandar al cliente interno.	Hacer una reevaluación de las condiciones existentes frente a los convenios con las instituciones educativas en conjunto con el equipo del estandar asistencial, jurídica y TH. Es necesario que en las actividades establecidas se trabaje en el tema de acreditación y capacitación; así como definir las actividades a desarrollar por parte de los estudiantes en la institución.				Definir en que procesos existe corresponsabilidad en el desarrollo de actividades. Realizar reunión con los líderes para determinar las acciones, responsabilidades, tiempos de ejecución así como los seguimientos en el cumplimiento de los mismos. (todo debe estar soportado)	Definir en que procesos existe corresponsabilidad en el desarrollo de actividades. Realizar reunión con los líderes para determinar las acciones, responsabilidades, tiempos de ejecución así como los seguimientos en el cumplimiento de los mismos. (todo debe estar soportado)	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Definir en que procesos existe corresponsabilidad en el desarrollo de actividades. Realizar reunión con los líderes para determinar las acciones, responsabilidades, tiempos de ejecución así como los seguimientos en el cumplimiento de los mismos. (todo debe estar soportado)				Definir al interior de TH acciones, responsables, acciones, tiempos de ejecución y seguimientos para el desarrollo de los planes de mejoamiento. ( todo debe quedar soportado en actas)	Definir al interior de TH acciones, responsables, acciones, tiempos de ejecución y seguimientos para el desarrollo de los planes de mejoamiento. ( todo debe quedar soportado en actas)	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Definir al interior de TH acciones, responsables, acciones, tiempos de ejecución y seguimientos para el desarrollo de los planes de mejoamiento. ( todo debe quedar soportado en actas)				establecer con líderes de proceso e imagen corporativa estrategias puntuales de divulgación sobre los procesos del estandar que tiene impacto en los colaboradores. ( estudiar alternativas y estategias y ecoger las mas adecyadas todo soportado	establecer con líderes de proceso e imagen corporativa estrategias puntuales de divulgación sobre los procesos del estandar que tiene impacto en los colaboradores. ( estudiar alternativas y estategias y ecoger las mas adecyadas todo soportado	% de cumplimiento de las actividades planteadas

Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	establecer con lideres de proceso e imagen corporativa estrategias anuales de divulgación sobre los procesos				Garantizar la rentabilidad financiera de la institución.	Garantizar la rentabilidad financiera de la institución	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Garantizar la rentabilidad financiera de la institución.				Aumentar La satisfaccion del Usuario	Aumentar La satisfaccion del Usuario	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Aumentar La satisfaccion del Usuario				Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios				Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Optimizar la gestion de los procesos del SGI	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.				Mantener actualizados los sistemas de información.	Mantener actualizados los sistemas de	% de cumplimiento de las
	Mantener actualizados los sistemas de información.				Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE	% de cumplimiento de las actividades planteadas
	Mejorar la competencia y compromiso del talento						

**io de la Protección Social**  
**Departamento de Arauca**


POR ACTIVIDADES		RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
		TALENTO HUMANO COMITÉ DE BIENESTAR SOCIAL SUBGERENTES		
		GERENCIA COMITÉ MECI CALIDAD		
		TALENTO HUMANO SALUD OCUPACIONAL ARLSURA LIDERES DE PROCESO		
		TALENTO HUMANO SUBGERENTES		
		TALENTO HUMANO SALUD OCUPACIONAL		
		TALENTO HUMANO JEFES EVALUADORES Y/O COMITÉ EVALUADOR COMITÉ MECI CALIDAD		

		SALUD OCUPACIONAL, TALENTO HUMANO, SUBGERENTES Y LIDERES DE PROCESO		
		TALENTO HUMANO Y PERSONAL ADMINISTRATIVO		
		TALENTO HUMANO		
		TALENTO HUMANO Y PROFESIONAL APOYO TALENTO HUMANO		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano Lideres de Proceso		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano		

		Jefe de Talento humano Juridica Gerencia		
		Jefe de Talento humano Juridica Gerencia		
		Jefe de Talento humano Juridica		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano Lideres de Proceso		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano		

		Jefe de Talento humano Calidad SIAU		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano Grupo de Talento Humano		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano		



		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano Salud Ocupacional		
		Jefe de Talento humano Salud Ocupacional		
		Jefe de Talento humano Salud Ocupacional		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano		

		Jefe de Talento humano Grupo de Talento		
		Jefe de Talento humano Grupo de Talento Humano		
		Jefe de Talento humano Grupo de Talento Humano		
		Jefe de Talento humano Grupo de Talento		
		Jefe de Talento humano		
		Jefe de Talento humano Grupo de Talento Humano		

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA																											
CÓDIGO DANE:		81																											
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015																											
DIMENSION DEL PDD:														SOCIAL		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:													
SECTOR DEL PDD:														SALUD		REALIZAR OPORTUNA Y EFECTIVAMENTE LOS PAGOS DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDOS.REGISTROS Y TRANSACCIONES A CARGO DE LA ENTIDAD DANDO CUMPLIMIENTO A LOS REQUIRIMIENTOS NORMATIVOS DE LA INSTITUCION, TENER UNA INFORMACION EXACTA , OPORTUNO Y EFECIENTE EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA.													
PROGRAMA DEL PDD:														GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA															
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN														
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)																	
<b>SUBPROGRAMA:</b>																													
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.	CUMPLIMIENTO EN EL PAGO	N°CTA PAGADO/TOTAL CTA			1. REALIZAR EFECTIVAMENTE LOS PAGOS ADQUIRIDOS AL PERSONAL QUE SE ENCUENTRA POR CONTRACTO; SIEMPRE Y CUANDO ESTEN CON LA DOCUMENTACION REQUERIDA.	100%	CUMPLIMIENTO EN EL PAGO	N°CTA PAGADO/TOTAL CTA	100.00%	100%	TESORERO AUXILIAR ADMINISTRATIVO																
				FECHA LIMITE DE PAGO DE SEGURIDAD -FECHA DE CANCELACION			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	100.00%	100%																	
				VERIFICACION DIARIO DE INGRESOS			3. VERIFICAR LOS INGRESOS RECIBIDOS Y RENDIR INFORME AL SUBPROCESO DE TESORERIA.	100%		VERIFICACION DIARIO DE INGRESOS	100.00%	100%																	
				INFORMACION REQUERIDA / INFORMACION SUMINISTRADO			4.TENER LA INFORMACION EFICIENTE Y EFICAZ EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERE DEL SUBPROCESO DE TESORERIA.	100%		INFORMACION REQUERIDA / INFORMACION SUMINISTRADO	100.00%	100%																	
	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Optimizar la gestión de los procesos del SGI. Mantener actualizados los sistemas de información. Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	personal con aptitudes y conocimiento acorde al compromiso adquirido	MANEJO DE RECURSOS HUMANO			Evaluacion Documentos generados en el SIG, y actualizarlos en el caso de que esten desactualizados	100%	RECURSO HUMANO	CAPACITACION Y ACTUALIZACION DE LAS NORMAS VIGENTES	100%	100%	TESORERO AUXILIAR ADMINISTRATIVO																
				CALIDAD EN EL MANEJO DE LA INFORMACION			Capacitar al personal y manejo sensibilidad sistema de informacion con atencion al usuario	99%			100%	100%																	
				atencion al usuario			Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion en aspectos relacionados con atencion al usuario Realizar por lo menos una capacitacion mediante plataforma virtual sobre temas relacionados con atencion al usuario.	100%			100%	100%																	

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA													
DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015											
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		BANCO DE SANGRE											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCION
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA:													
BANCO DE SANGRE	Garantizar el cumplimiento de las políticas del Banco de Sangre según Manual de normas técnicas y administrativas en Banco de sangre	Mantener la garantía de la calidad en todos los procesos del Banco de sangre	Sistema de calidad de las políticas del Banco de Sangre	100%	100%	Mantener el sistema de auditoria internoEvaluacion y conveniencia en la adquisicion de esquiopo de separador de componentes automatizado	Verificar en conjunto que todas las actividades de calidad en el Banco de sangre se realicen oportunamente según el manual de normas técnicas	Porcentaje de cumplimiento de actividades de calidad	100%	100%	Coordinacion de Banco de Sangre y Bacteriologo colaborador	se lleva al dia el manual de normas tecnicas y administrativas en Banco de sangre y se evalua los procesos del banco de sangre incluyendo almacen y farmacia	100.00%
		Aumentar la satisfacción del usuario.	Porcentaje de satisfaccion del usuario			Analizar estudios de satisfaccion para conocer las fallas del porque la insatisfaccion o de que debemos mejorar en el area	De acuerdo a los resultados generar estrategias para aumento de la satisfaccion que este a nuestro alcance	Porcentaje de satisfaccion del usuario	95	95%	Coordinacion de Banco de Sangre y Bacteriologo colaborador	se hace una encuesta a la mayoría de donantes que ingresan a la institucion	100%
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.		20%	100%	Implementar lineamientos de la politica de seguridad del paciente Realizar campañas para mejorar la accesibilidad a Banco de sangre			92%	96%	Coordinacion de Banco de Sangre y Bacteriologo colaborador	contamos con un bacteriologo el cual esta encargado de la promocion de la donacion de sangre en empresas e iglesias de nuestro municipio y en otros municipios como tame, arauquita, fortul	90%

BANCO DE SANGRE	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.		100%	100%	Evaluacion Documentos generados en el SIG, y actualizarlos en el caso de que esten desactualizados	Actualizar y socializar los documentos del SIG		100%	100%	Coordinacion de Banco de Sangre y Bacteriologo colaborador	toda la documentacion generada en el SIG se encuentra en el archivo de banc de sangre organizadas, foliadas en carpetas y guardadas en sus respectivas cajas	100%
		Mantener actualizados los sistemas de información.	Porcentaje de cumplimiento	100%	100%	Generar Informes estadisticos al día	Velar porque todo las Transfusiones que se hagan esten registrados en el sistema, verificando la ausencia de ingresos abiertos	Porcentaje de cumplimiento	100%	100%	Coordinacion de Banco de Sangre y Bacteriologo colaborador	se llevan en formas istematizadas todos los registros de banco de sangre	100%
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Porcentaje de cumplimiento	100		Capacitar al personal sobre aspectos relacionados	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion Mensualmente se realiza con el grupo de trabajo educacion continuada	Porcentaje de cumplimiento	100%	100%	Coordinacion de Banco de Sangre y Bacteriologo colaborador	este mes estan programadas dos capacitaciones por parte de la institucion	
				100									

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA														
CÓDIGO DANE:		81														
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015														
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:										
SECTOR DEL PDD:		SALUD														
PROGRAMA DEL PDD:		IAAS														
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN	
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)				
<b>SUBPROGRAMA:</b>																
Implementar y cumplir los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.															
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Porcentaje de cumplimiento	Total de procesos desarrollados/Total de procesos planteados			Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar y socializar los documentos del procesod e partos	Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de acciones ejecutadas/acciones programadas				Profesional en Mercadeo y Calidad			
	Mantener actualizados los sistemas de información.	Porcentaje de cumplimiento	Sistemas de información actualizados/Total de sistemas de información			Llevar estadísticas al día		Porcentaje de actualizaciones	Número de actualizaciones a cada sistema de información/Tiempo				Profesional en mercadeo y Sistemas			
	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Porcentaje de cumplimiento	Personal capacitado/Total de personal			Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con las actividades que desempeña	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución en aspectos relacionados con las actividades que desempeña Realizar por lo menos una capacitación mediante plataforma virtual sobre temas relacionados	Porcentaje de capacitados	Número de asistentes a capacitaciones/ Total del personal				Talento humano, líderes de proceso, profesional en mercadeo, calidad, control interno			
<p>Estándar 39. Código: (AsPL18)</p> <p>La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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> <p>1 Definición de infecciones asociadas al cuidado de la salud. 2 Definición de mecanismos de reportes y protocolos de investigación en casos de infección intrahospitalaria. 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> </ul>	1. Darle funcionalidad al comité de infecciones como una estrategia multidisciplinaria e integradora para que se divulguen las caracterizaciones de los resultados de las infecciones clasificadas, resistencia bacteriana y definir líneas de acción.					Revisar y ajustar la conformación del comité de infecciones, periodicidad de reuniones, responsabilidades y funciones.						Coordinadora Infecciones asociadas al cuidado de la salud Coordinador salud ocupacional,				
	Elaboración y revisión de los documentos ya sean protocolos o procedimientos solicitados en el estándar ,en bespecial manual de bioseguridad, protocolo de limpieza y desinfeccion,manejo de residuos peligrosos etc.													Coordinadora Infecciones asociadas al cuidado de la salud Jefe Clara Coordinador salud ocupacional, Dra Addy Vargas		
	Socializar nuevas directrices del comité de infecciones													Coordinadora Infecciones asociadas al cuidado de la salud Jefe Clara Coordinador salud ocupacional, Dra Addy Vargas		
	Socializar todos los documentos actualizados o elaborados													Infecciones asociadas al cuidado de la salud Jefe Clara 3		
	Implementar loslineamientos establecidos en los documentos actualizados o elaborados													Coordinadora Infecciones asociadas al cuidado de la salud Jefe Clara Coordinador salud ocupacional,		
	Elaborar herramienta y metodología para evaluar adherencia a los documentos actualizados													Coordinadora Infecciones asociadas al cuidado de la salud Jefe Clara Coordinador salud ocupacional,		
	Evaluar adherencia a protocolos y procedimientos relacionados con la prevencion de infecciones asociadas al cuidado de la salud													Coordinadora Infecciones asociadas al cuidado de la salud Jefe Clara Coordinador salud ocupacional,		

<p>Estándar 8. Código: (AsAC1) 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>	<p>Diseñar e implementar los mecanismos para la identificación de riesgos.</p>					<p>Evaluar de acuerdo a la morbilidad ,reporte de evento adverso, reporte de quejas, inspección directa etc., que se deben identificar desde el acceso</p>							<p>Líder de seguridad de paciente Coordinador atención al usuario, coordinadora epidemiología, líder comité IAAS</p>		
<p>Estándar 21. Código: (AsEV3) 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 colaboradores, difunde sus resultados y estimula el mejoramiento continuo.</li> <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>Documentar los aislamientos y procedimientos que la institución va a adoptar y definir el código de colores de tal manera que se garantice la confidencialidad del paciente.</p>					<p>Elaborar protocolo para aislamiento de pacientes incluyendo la codificación por colores que se va a utilizar</p>							<p>Coordinadora IAAS Coordinadores de área</p>		
						<p>Diseñar estrategias para socialización del protocolo y para la identificación de los diferentes tipos de aislamiento</p>							<p>Coordinadora IAAS Coordinadores de área</p>		
	<p>2. Establecer los mecanismos que garanticen los recursos e insumos para r el lavado de manos y aislamiento (batas, mascarilla convencional y de alta eficiencia)</p>					<p>Socializar el protocolo de aislamiento a todos los colaboradores, usuarios y familia</p>							<p>Coordinadora IAAS Coordinadores de área</p>		
	<p>2. Establecer los mecanismos que garanticen los recursos e insumos para r el lavado de manos y aislamiento (batas, mascarilla convencional y de alta eficiencia)</p>					<p>Implementar el protocolo de aislamiento en la institución</p>							<p>Coordinadora IAAS Coordinadores de área</p>		
	<p>2. Establecer los mecanismos que garanticen los recursos e insumos para r el lavado de manos y aislamiento (batas, mascarilla convencional y de alta eficiencia)</p>					<p>Diseñar mecanismo o herramienta para evaluación de adherencia al protocolo de aislamiento</p>							<p>Coordinadora IAAS Coordinadores de área</p>		
	<p>2. Establecer los mecanismos que garanticen los recursos e insumos para r el lavado de manos y aislamiento (batas, mascarilla convencional y de alta eficiencia)</p>					<p>Evaluar adherencia al protocolo de aislamiento institucional.</p>							<p>Coordinadora IAAS Coordinadores de área</p>		
	<p>2. Establecer los mecanismos que garanticen los recursos e insumos para r el lavado de manos y aislamiento (batas, mascarilla convencional y de alta eficiencia)</p>					<p>Elaborar informe detallado sobre los insumos mensuales necesarios para garantizar control a las infecciones asociadas al cuidado de la salud incluyendo el aislamiento de pacientes</p>							<p>Coordinadora IAAS Coordinadores de área</p>		
<p>2. Establecer los mecanismos que garanticen los recursos e insumos para r el lavado de manos y aislamiento (batas, mascarilla convencional y de alta eficiencia)</p>					<p>Entregar informe a la subdirección administrativa de manera que se destinen los recursos económicos necesarios para aislamientos en la institución</p>							<p>Coordinadora IAAS Coordinadores de área</p>			



	<p>paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes. Esta indicación no sustituye la que debe brindársele por parte del proceso de asignación de citas.</p> <p><del>Se informa al usuario la disponibilidad</del></p> <p>Estándar 55. Código: (ASREF4)</p> <p>En imagenología se cuenta con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario, para informar sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar esta labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional para realizar dicha labor.</p>						<p>4.. Mejorar el seguimiento a la interpretación de exámenes de apoyo diagnóstico y a la pertinencia de las remisiones.</p>	<p>Disminuir el error en los diagnósticos y mejorar el tiempo de lectura y entrega de reportes</p>	<p>% estudios realizados y leídos</p>	<p>estudios tomados/estudios interpretados</p>	<p>0%</p>	<p>50%</p>	<p>Coordinador medico, comité de historias clinica</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	--	-----------	------------	--	--	--

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

DEPARTAMENTO:	ARAUCA
CÓDIGO DANE	81
PLAN DE DESARROLLO:	ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015

PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015

DIMENSION DEL PDD:	SOCIAL	META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:
SECTOR DEL PDD:	SALUD	
PROGRAMA DEL PDD:	INTERNACION	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			

SUBPROGRAMA:																
INTERNACION	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Aumentar la satisfacción del usuario.	Porcentaje de implementación de actividades que promueven la humanización en los servicios de internación					1. Promover el salud y la presentación del personal en el momento del recibimiento de turno.	En todos los servicios hospitalarios el personal de enfermería y el personal médico se presentara al paciente en el momento del recibimiento de turno.	presentacion institucional	% de pacientes que manifiestan que el personal que lo atiende se presento / total de pacientes encuestados	0	0.2	lider de proceso, coordinadores asistenciasles , coordinador médico	este año vamos a participar del pograma de humanizacion y esta actividad pertenece a este	0
								2. Implementar el horario de información al paciente y familia en los servicios de internación.	Todos los servicios de interación tendran definida una hora de información estandarizada e institucional	Horario de información	% de servicios de internación en los que se implemento la hora de infromación / servicios de internación	0	0.5	lider de proceso, subdireccion científica, coordinador médico	este año vamos a participar del pograma de humanizacion y esta actividad pertenece a este	0
								4. Establecer mecanismos de comunicaci	Se dara respuesta oportuna a todas las quejas	Respuesta a quejas de los usuarios	% de quejas resueltas de los usuarios referidas al lider de proceso / % de quejas referidas al lider de proceso	no fueron diferidas quejas al lider de proceso	100%	Lider de Proceso	no se han reportado quejas	100.00%
				% de implementación de actividades que promueven la humanización en el servicio / actividades propuestas para el año 2015	0	0.5	4. Establecer mecanismos de comunicaci	Al finalizar el año se habra implementado la estrategia para mejorar la comunicación con la etnia uwa	Comunicación efectiva con etnia uwa	% de personal asistencial que puede comunicarse con los pacientes uwa/ % del personal que tiene a su cargo pacientes uwa	0.00%	50%	Lider de proceso, coordinador medico, coordinador de enfermería	hace parte del pograma de humanizacion, si de aquí a junio este no esta en marchar se realizaran las actividades por cuenta porpia	0.00%	
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	Porcentaje de muertes intrahospitalarias analizadas en el comité	Numero de muertes analizadas en el comité/Numero de pacientes fallecidos mayor a 48 horas	0,9	0,9	Realizar el analisis del 90 % de las muertes ocurridas mayores a 48 horas	Se realizara el analisis de minimo el 90, % de las muertes ocurridas en pacientes mayor a 48 horas	Porcentaje de pacientes que fallecen mayor a 48 horas analizados en el comité.	Numero de muertes analizadas en el comité/Numero de pacientes fallecidos mayor a 48 horas	90.00%	90%	Lider de proceso	se han analizado todas las muertes ocurridas mayores a 48 horas	100.00%	
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.		as/ numero de guias	10	0.5	Revisión, actualización y socialización de las guías de manejo de las 10 patologías mas frecuentes por egreso en internación, Cuidado intermedio y neonatos	primeras 10 causas de egreso de las especialidades básicas : cirugía, ortopedia, medicina interna, pediatría	Guías y protocolos elaborados	% de guías propuestas/ % guías elaboradas	25.00%	75%	Coordinador médico, subdirectora científica, auditoria médica, lider de internación	se estan revisando cuidado intermedio	20.00%	
				de guias actualizadas		0.1	0.5	Evaluación de la adherencia los 10 procedimientos de enfermería mas frecuentes en internación 10 procedimientos mas frecuentes de enfermería en los servicios de internación.	Aplicación de listas de chequeo a los protocolos de los 10 procedimientos de enfermería mas frecuentes actualizados y socializados en el año 2014	% de protocolos evaluados	0.00%	50%	Lider de Proceso - coordinador de enfermería	se esta evaluando la adherencia a 3 que son identificación, cateterismo vesical, venofuncion	25.00%	



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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015											
<b>PLAN DE ACCIÓN AÑO 2013</b>													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL											
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		LABORATORIO CLINICO											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROG													
LABORATORIO CLINICO		Identificar todos los eventos de vigilancia en salud pública que requieran la toma de muestras.	Porcentaje de eventos notificados a la red de laboratorios	100%	100%	Envío de muestras de eventos de interés en salud pública.	Verificar en conjunto con vigilancia epidemiológica institucional los casos sospechosos y hacer envío de muestras al Laboratorio de Salud Pública	Porcentaje de cumplimiento de envío de muestras	100%	100%	Coordinación de Laboratorio Clínico y vigilancia epidemiológica institucional		
	Contribuir al Fortalecimiento la red de laboratorios para garantizar el cumplimiento de sus funciones de acuerdo a la normatividad.	Mantener actualizado el sistema de información 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 Pública	Porcentaje de cumplimiento de informes enviados oportunamente	100%	100%	Coordinación de Laboratorio Clínico		
	Identificar e informar oportunamente los casos de serologías reactivas de los casos de sífilis congénita	Contribuir a Reducir en un 5% los casos de sífilis congénita por año	Tasa de sífilis congénita	70%	85%	Subcontratación de examen confirmatorio para sífilis	Contratación de FTA-ABS con laboratorios externos	Contratación efectiva	70%	Contrato legalizado vigente	Subgerencia científica, Gerencia, Coordinación de Laboratorio Clínico		

	Incrementar los ingresos por venta de servicios de salud	Ampliar el portafolio de servicios del Laboratorio Clínico	Demanda satisfecha de exámenes especializados	40%	80%	Subcontratación de exámenes especializados	Contratación de exámenes especializados con Laboratorios externos	Contratación efectiva	40%	Contrato legalizado	Subgerencia científica, Gerencia, Coordinación de Laboratorio Clínico		
SUBPROG RAMA:													
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 Clínico	80%	90%	Implementación de insumos que garanticen la calidad en las corridas analíticas	Implementación de los procesos de calidad	Número de procesos de calidad instalados	80%	90%	Coordinación de Laboratorio Clínico y Bacteriólogos		
	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Aumentar la satisfacción del usuario.	Usuarios satisfechos en el servicio de Laboratorio Clínico	15 días hábiles	10 días hábiles	Dar cumplimiento y hacer seguimiento a la respuesta de quejas y sugerencias de los usuarios en los plazos establecidos	Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios	Sumatoria días en que se respondió la queja/total de quejas de laboratorio	15 días hábiles	10 días hábiles	Lider de Proceso		
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	Mejora en la oportunidad en los resultados de los exámenes del servicio del Laboratorio Clínico	30%	50%	Medir la oportunidad en la entrega de resultados del Laboratorio Clínico.	Disminuir los tiempos de espera de resultados en los resultados de los exámenes.	Promedio de tiempos/total exámenes	30%	50%	Talento humano de Laboratorio Clínico y Lider de Proceso		
				Manuales y protocolos actualizados y socializados.	0%	40%	Actualizar, socializar y medir adherencia a manuales y protocolos.	Medir adherencia a manuales y protocolos actualizados.	Manuales y Protocolos Actualizados y Socializados.	0%	40%	Lider de Proceso	
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Manuales y protocolos actualizados y socializados.	40%	70%	Actualizar y socializar a manuales y protocolos.	Evidenciar manuales y protocolos actualizados con su respectiva socialización	Documentos actualizados/total documentos	40%	70%	Talento humano de Laboratorio Clínico y Lider de Proceso		
				Adherencia a manuales y protocolos del Laboratorio Clínico	0%	40%	Realizar guías de verificación para medir adherencia.	Medir adherencia a manuales y protocolos actualizados.	Personal con adherencia/total personal de laboratorio	0%	40%	Lider de Proceso	
		Mantener actualizados los sistemas de información.	Resultado de exámenes de laboratorio en el sistema de información DINAMICA.		60%	90%	Realizar verificaciones de los resultados de laboratorio en DINAMICA y las glosas presentadas.	Revisar glosas del Laboratorio Clínico.	Porcentaje de glosa	60%	90%	Talento humano de Laboratorio Clínico y Lider de Proceso	



	<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 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</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>	<p>Notificación de eventos adversos</p>	<p>40%</p>	<p>80%</p>	<p>Realizar la Notificación y el seguimiento de los eventos adversos</p>	<p>Reportar los eventos adversos presentados en los procesos y procedimientos del Laboratorio Colínico</p>	<p>Eventos adversos notificados/total de eventos adversos presentados.</p>	<p>40%</p>	<p>80%</p>	<p>Lider del proceso de Laboratorio</p>		
	<p>Estándar 27. Código: (AsPL6)</p> <p>El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en laboratorio clínico incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En laboratorio clínico, se garantiza que los procesos</li> </ul>	<p>2. Evaluar adherencia al manual de toma de muestras en todos los puntos.</p>	<p>Adherencia al manual de toma de muestras</p>	<p>0%</p>	<p>20%</p>	<p>Realizar lista de verificación de adherencia al manual de toma de muestras</p>	<p>Evaluar adherencia a manual de toma de muestras</p>	<p>Personal adherido/total de personal</p>	<p>0%</p>	<p>20%</p>	<p>Lider del proceso de Laboratorio</p>		
	<p>Estándar 33. Código: (AsPL14)</p> <p>El laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrahospitalario o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal que realiza la toma o que transporta las</li> </ul>	<p>2. Elaborar indicador de tiempos de entrega de laboratorios y estandarizarlo.</p>	<p>Tiempo de entrega de muestras en el Laboratorio Clínico</p>	<p>0%</p>	<p>40%</p>	<p>Realizar la medición del tiempo de entrega de muestras tomadas al Laboratorio Clínico</p>	<p>Disminuir el tiempo de entrega de muestras al Laboratorio Clínico</p>	<p>Promedio del tiempo de entrega de toma de muestras/total de muestras tomadas</p>	<p>0%</p>	<p>40%</p>	<p>Lider del proceso de Laboratorio</p>		
	<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> </ul>	<p>2. Revisar la competencias de los auxiliares de laboratorios y las de los auxiliares de enfermería, para el cumplimiento normativo.</p>	<p>Definición de competencias del talento Humano de Laboratorio Clínico.</p>	<p>0%</p>	<p>30%</p>	<p>Realizar la definición de las competencias que requiere el talento humano del Laboratorio para la institución.</p>	<p>Identificar las competencias que debe tener el talento humano de Laboratorio Clínico para desarrollar sus actividades en nuestra institución.</p>	<p>Actividades realizadas/total de actividades</p>	<p>0%</p>	<p>30%</p>	<p>Lider del proceso de Laboratorio</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> <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 anterior; esta información es compartida y analizada con los profesionales que remiten o solicitan los exámenes, incluye un sistema de asesoría para el correcto diligenciamiento de las órdenes.</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>	<p>Definición de competencias de una auxiliar de Laboratorio Clínico.</p>	<p>0%</p>									
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificación de la identidad del usuario que se coteja frente a la orden médica y a la marcación de los insumos utilizados en los procedimientos.</li> </ul>	<p>7. Establecer el indicador de muestras rechazadas y revisar si el sistema Dinámico permite estas mediciones,</p>	<p>Muestras rechazadas por el Laboratorio Clínico</p>	<p>50%</p>	<p>80%</p>	<p>Revisar las muestras y rechazar aquellas que no cumplan con los requisitos de una adecuada toma de muestras.</p>	<p>Identificar el número de muestras rechazadas por una inadecuada toma de muestras.</p>	<p>Porcentaje de muestras rechazadas por el laboratorio.</p>	<p>50%</p>	<p>80%</p>	<p>Lider del proceso de Laboratorio</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de tiempos de traslado de muestras.</li> <li>• Medición de la oportunidad de los reportes.</li> <li>• Aceptación o rechazo de muestras o imágenes. Si se aceptan muestras comprometidas o imágenes dudosas, el reporte final debe indicar la naturaleza del problema y precaución al interpretar el resultado. Incluye:</li> </ul> <p>1 Análisis para identificar las causas que motivaron el</p>	<p>8. Revisar desde el comité de historias clínicas el control con relación a las horas reales de solicitud de nuevas ordenes de laboratorio ya que en la actualidad están registrándose en la hora de la primera solicitud.</p>	<p>Oportunidad en los resultados de Laboratorio Clínico desde que el médico envía la orden médica hasta el resultado en el sistema de información</p>	<p>0%</p>	<p>30%</p>	<p>Realizar la medición del tiempo desde que el médico hace la solicitud del examen hasta que los resultados ingresan al sistema de información. Laboratorio Clínico</p>	<p>Medir la oportunidad de los pacientes de urgencias a los resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico.</p>	<p>Promedio del tiempo de entrega de resultados/total de exámenes tomados.</p>	<p>0%</p>	<p>30%</p>	<p>Lider del proceso de Laboratorio</p>		
	<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</li> </ul>	<p>2. Solicitar adquisición de los controles de calidad faltantes (inmunología especial, uroanálisis)</p>	<p>Aquisición de Controles de calidad interno y externo</p>	<p>50%</p>	<p>80%</p>	<p>Realizar contratos de compra de insumos para controles de calidad.</p>	<p>Mantener un adecuado control de calidad en todas las áreas del Laboratorio.</p>	<p>Controles adquiridos/total de controles.</p>	<p>50%</p>	<p>80%</p>	<p>Lider del proceso de Laboratorio</p>		

	<p>cantidad y de las acciones correctivas establecidas por la organización, las cuales son conocidas y analizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <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> <li>• El laboratorio tiene un sistema para comparar los resultados del control de calidad externo de las pruebas de proficiencia contra estándares válidos de desempeño para todas las pruebas que realiza en el</li> </ul>	<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>	<p>Procesamiento de muestras de control de calidad interno diario y externo según cronograma de actividades</p>	<p>0%</p>	<p>50%</p>	<p>Procesar control de calidad interno y externo según cronograma de actividades</p>	<p>Datos de Control de calidad interno en software de calidad y resultados de Control externo con sus respectivos análisis.</p>	<p>Muestras procesadas/total de muestras</p>	<p>0%</p>	<p>50%</p>	<p>Lider del proceso de Laboratorio y Bacteriologos</p>		
--	---	--	---	-----------	------------	--	---	--	-----------	------------	---	--	--

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

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

SALUD ORAL	<p>Estándar 25. Código: (AsPL4) En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.</p>	<p>2. Realizar la verificación del cumplimiento del plan de tratamiento seguro a través de la auditoria de la historia clínica y de verificación en campo</p>	<p>Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.</p>			<p>Realizar auditoria a la historia clínica para verificar la efectividad del tratamiento</p>	<p>Realizar trimestral al 10% de la historias clínicas de usuarios con tratamiento terminado</p>			0	50					
		<p>3. Establecer un mecanismo para la toma de signos vitales previo a la consulta de Odontología.</p>				<p>Buscar mecanismos para implementar toma de signos Vitales en odontología</p>	<p>Capacitación a responsables de toma de signos vitales en área de odontología Realizar solicitud de insumos para toma Implementarlo en el área de odontología Incluirlo en la Historia Clínica los signos vitales</p>			80	80					
		<p>4. Documentar la ronda médica-odontológica como un control efectivo del tratamiento del paciente</p>				<p>Documento, socializar y evaluar la ronda médico-odontológica</p>					100	100				
SALUD ORAL	<p>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: • Portafolio de servicios de la</p>	<p>1. Realizar análisis de las necesidades y expectativas de los usuarios y de los pagadores y de acuerdo a esto ajustar portafolio de servicios</p>			<p>Diseño y aplicación de encuesta de necesidades de atención a los usuarios</p>	<p>Realizar estudio de mercado para ver viabilidad de aumento de portafolio de servicios en el área de odontología</p>			0	50						
		<p>2. Realizar revisión, ajuste y análisis al indicador de oportunidad en la atención de odontología</p>			<p>Mantener actualizado indicador oportunidad en la atención de odontología e Higiene Oral</p>			75	80							
		<p>Garantizar la rentabilidad financiera de la institución.</p>						85	100							

SALUD ORAL	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	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		
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.				Evaluación Documentos generados en el SIG, y actualizarlos en el caso de que estén desactualizados	Actualizar y socializar los documentos del SIG			100	100		
		Mantener actualizados los sistemas de información.				Generar Informes estadísticos al día	Velar porque todo las atenciones que se hagan estén registrados en el sistema, verificando la ausencia de ingresos abiertos tanto en odontólogos e Higienistas			90	90		
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con odontología e Higiene Oral	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución Realizar por lo menos una capacitación mediante plataforma virtual sobre temas relacionados al área			70	80		

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA															
DEPARTAMENTO:		ARAUCA													
CÓDIGO DANE		81													
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015													
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015															
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:									
SECTOR DEL PDD:		SALUD													
PROGRAMA DEL PDD:		PARTOS													
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA:															
	<p>Estándar 28. Código: (AsPL7)</p> <p>La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.</li> <li>• Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno- infantiles).</li> <li>• Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno- infantiles).</li> <li>• Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pre término, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos (criterio específico para servicios materno-infantiles).</li> <li>• Coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo.</li> <li>• Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado crítico).</li> <li>• Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.</li> <li>• Valoración nutricional al paciente hospitalizado y registro de la dieta ordenada.</li> <li>• Soporte nutricional especial.</li> <li>• Se analizan gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y se ofrecen alternativas.</li> <li>• Criterios de ingreso y egreso a Unidad de Cuidado Intensivo.</li> <li>• Abordaje interdisciplinario de casos complejos.</li> <li>• Criterios para respuesta oportuna y efectiva a interconsultas.</li> <li>• Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes y actividades especiales para usuarios de tercera edad.</li> <li>• Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas la muerte y la donación de órganos, cuando aplique.</li> <li>• Apoyo espiritual o religioso.</li> <li>• En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica, se realiza una valoración anestésica prequirúrgica, brindándole toda la información pertinente y suficiente sobre riesgos, preparación, consecuencias, trámites, etc.</li> <li>• Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se deben especificar claramente los servicios que pueden prestar y</li> </ul>	1. Documentar los procedimientos descritos por el estándar de los cuales se tiene evidencia que se realizan algunas actividades sueltas .	promedio de la calificación del estándar	Evaluación de acuerdo a criterios de la resolución 123 de 2012			<p>Elaborar cuadro de seguimiento a la elaboración del documento o documentos que describen lo solicitado en el estándar</p> <p>Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno- infantiles).</li> <li>• Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno- infantiles).</li> <li>• Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pre término, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos (criterio específico para servicios materno-infantiles).</li> <li>• Coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo.</li> <li>• Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado crítico).</li> <li>• Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.</li> <li>• Valoración nutricional al paciente hospitalizado y registro de la dieta ordenada.</li> <li>• Soporte nutricional especial.</li> <li>• Se analizan gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y se ofrecen alternativas.</li> <li>• Criterios de ingreso y egreso a Unidad de Cuidado Intensivo.</li> <li>• Criterios para respuesta oportuna y efectiva a interconsultas.</li> <li>• Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes y actividades especiales para usuarios de tercera edad.</li> <li>• Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas la muerte y la donación de órganos, cuando aplique.</li> <li>• Apoyo espiritual o religioso.</li> <li>• En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica, se realiza una valoración anestésica prequirúrgica, brindándole toda la información pertinente y suficiente sobre riesgos, preparación, consecuencias, trámites, etc.</li> <li>• Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se deben especificar claramente los servicios que pueden prestar y</li> </ul>						Lider de partos		
						<p>Evaluar guía clínica debe incluir cada ítem solicitado en el estándar y adicionarlo a las mismas descrito en el ítem anterior</p>						Lider de partos y coordinador medico	pendiente unificar con coordinación medica	tegría	

<p>aqueiros que no, en todo caso, se cuenta con un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se garantiza el personal necesario para brindar atención oportuna con el nivel de calidad esperado tanto en el horario diurno como nocturno, fines de semana y festivos.</li> <li>• Existe un proceso para informar al personal asistencial implicado en el tratamiento el papel que debe desempeñar.</li> <li>• Se estimula la incorporación del paciente y su familia en los programas de promoción y prevención que les apliquen.</li> <li>• La organización demuestra la oportunidad y la efectividad en las atenciones descritas en el presente estándar.</li> <li>• Se verifica la comprensión por parte del usuario de la información brindada en este estándar.</li> <li>• Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</li> </ul>						Elaborar las guías de partos de emergencia, atención de cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados, atención de embarazo de alto riesgo, guía de atención al recién nacido, teniendo en cuenta lo solicitado en el estándar y que estas deben ser integrales.						Lider de partos y coordinador medico	esta la guía de código rojo pendiente para realizarla con el coordinador medico las guías de cesaria, partos inducidos	6.00%	
	6. Incluir a las maternas hospitalizadas de alto riesgo en el seguimiento y evaluación.						Elaborar metodología para realizar seguimiento a maternas de alto riesgo, incluyendo responsables del mismo						Lider de partos	se va a implementar un formato en historia clínica para detectar oportunamente el seguimiento materno	0.00%
<p>Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica</p>	Aumentar la satisfacción del usuario.	Porcentaje de satisfacción	Usuarios Satisfechos/Total usuarios encuestados en el área			Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios	Dar cumplimiento a la respuesta de quejas en los plazos establecidos	Promedio de días de respuesta de quejas	sumatoria de días hábiles de contestación de quejas/total de quejas del servicio	0 quejas			Lider de partos	0 quejas	100
	Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.		Total de partos normales sin complicaciones/Total de partos atendidos			lograr en la materna un trabajo de parto sin complicaciones que culmine en una atención de parto normal y del recién nacido sano	Seguir lineamientos de política de seguridad del paciente institucional	Porcentaje de cumplimiento	Actividades ejecutadas/total de actividades y/o estrategias incluidas en el programa de seguridad del paciente				Lider de partos	se llevo el área de urgencias materna al servicio de obstetricia, medico y auxiliar de partos, medico y auxiliar de maternas urgencias	70
							Mantener Monitoreo continuo de la materna en trabajo de parto.	Porcentaje de cumplimiento	Numero de maternas con monitoreo constante/Total de maternas atendidas	100.00%	100.00%	Colaboradores de partos Lider de partos	a todas las maternas se realiza monitoreo	100	
							Realizar evaluación y diagnóstico de la importancia de valoración a la materna por Ginecologo y el recién nacido por pediatría	Porcentaje de cumplimiento de la estrategia	Numero de maternas valoradas por gineco/total maternas por parto vaginal	100.00%	100.00%	Pediatra Lider de Partos	toda materna en proceso de trabajo de parto es valorada por ginecología	100	
								Numero de Rn valorados por pediatras/total nacidos vivos por parto vaginal	0.00%	80.00%	Pediatra Lider de Partos	solo se valoran RN que presentan alteración	50		
Optimizar la gestión de los procesos del SIG.					Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar y socializar los documentos del proceso de partos	Porcentaje de cumplimiento	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso	No se conoce	100.00%	Lider de partos Coordinación medica	se inicio con charlas educativas al personal medico, enfermera sobre guías y protocolos 2 veces por mes	20		
Mantener actualizados los sistemas de información.					Llevar estadísticas al día	Velar porque todo las atenciones que se hagan estén registradas en el sistema, verificando la ausencia de ingresos abiertos	Porcentaje de Glosa				Lider de partos	no se han notificado glosas			

						Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con el procesod e partos	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion Realizar capacitaciones periodicas al personal en aspectos relacionados con el area	Porcentaje de asistencia	promedio de asistencia de personal de partos/total de personal	No se conoce	100.00%	Lider de partos Colaboradores de Area de partos	se han realizado 2 charlas una de codigo rojo y otra de trabajo de parto normal	20
--	--	--	--	--	--	--	---	--------------------------	--	--------------	---------	--	---	----

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA															
CÓDIGO DANE		81															
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015															
<b>PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015</b>																	
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:											
SECTOR DEL PDD:		SALUD															
PROGRAMA DEL PDD:		QUIROFANO															
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN		
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)					
	Incrementar los ingresos por venta de servicios de salud	Mantenimiento de la producción y la prestación del servicio de cirugía	Porcentaje Incremento de Producción	Total producción del año actual / total de producción año anterior * 100			Adquisición de accesorios para el equipo que realiza CPRES	90%	Porcentaje de cumplimiento	Numero de actividades ejecutadas a satisfaccion/Actividades programadas.	15 dias	15 dias	Lider de proceso y coordinador de quirófano				
							Mejorar la oportunidad de cirugía programada	Disminuir la oportunidad en la programación de cirugía	Oportunidad en la programación de cirugía	Sumatoria total de los dias calendarios transcurridos entre la fecha de solicitud de la cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía/ total de cirugias realizadas programadas	7 dias	7 dias	Lider de proceso y coordinador de quirófano				
	Estándar 18. Código: (ASREG3) En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención. Estas guías o protocolos:  • Se encuentran y usan en los respectivos sitios administrativos y asistenciales que los requieran para la información oportuna de los usuarios. • Se revisan y ajustan periódicamente. Cada actualización es enviada al sitio o servicio que corresponda y se realiza seguimiento de su adherencia. • Se garantiza que se deja constancia (física o en el sistema de	1. Actualizar, socializar y hacer seguimiento al cumplimiento de las directrices para preparación de pacientes descritas en los documentos de las áreas de cirugía	Disminucion de la cancelacion de ciruga programada	Total de pacientes cancelados programados en el mes/ total de pacientes programados en el mes			Revisar y ajusta documentación actual y comparar con lo que solicita el estándar	80%	proporcion de cancelacion de ciruga programada	Total de pacientes cancelados programados en el mes/ total de pacientes programados en el mes	7.00%	7.00%	Lider de proceso y coordinador de quirófano				
						Definir estrategia para socialización del documento ajustado a colaboradores, usuario y familia	5. 5%				5. 5%						
						Socializar el documento que describe las indicaciones para preparación previa a intervenciones	50				50						
						Implementar las indicaciones para preparación previa a intervenciones	50				50						
	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Aumentar la satisfacción del usuario.	Porcentaje de satisfaccion del usuario	Usuarios satisfechos/usuarios encuestados			Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios	Dar cumplimiento a la respuesta de quejas en los plazos establecidos	promedio de cumplimiento de respuesta	Sumatoria de los dias de respuesta de las quejas/total de quejas del servicio	100	100	Atención al usuario, líder de proceso y coordinador de quirófano				
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.					Seguir lineamientos de política de seguridad del paciente Institucional	Dar cumplimiento a la política institucional de seguridad del paciente	Porcentaje de cumplimiento	Actividades ejecutadas /total de actividad y/o estrategias incluidas en el programa de seguridad del paciente	30	30	Coordinador de Seguridad de paciente, líder de proceso y coordinador de quirófano				
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.					Revision de la documentacion del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar y socializar los documentos del SIG a los colaboradores de cirugía	Porcentaje de cumplimiento	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso	0	30%	MECI CALIDAD, Lider de proceso y coordinador de quirófano				
		Mantener actualizados los sistemas de información.					Mantener los sistemas de información con la mayor minería de datos estadísticos	Supervisar que la información sea completa y confiable	Porcentaje de Glosa de		20	50%	sistemas, lider de proceso y coordinador de quirófano				

		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con atención al usuario	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución en aspectos relacionados Realizar por lo menos una capacitación mediante plataforma virtual gratuito sobre temas relacionados	Porcentaje de asistencia	promedio de asistencia de personal de partos/total de personal	3	10%			
QUIROFANO	<p>Estándar 26. Código: (ASPL7)</p> <p>La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.</li> <li>Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno- infantiles).</li> <li>Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno- infantiles).</li> <li>Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pre término, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos (criterio específico para servicios materno- infantiles).</li> <li>Coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo.</li> <li>Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado)</li> </ul>	Documentar, socializar y establecer los procedimientos de consejería (psico-social y psico- afectivo) para los casos descritos en el estándar en la atención del usuario y su familia	Porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas	total de actividades realizadas / total de actividades programadas		1. Elaborar los procedimientos para el apoyo físico y emocional a grupos de pacientes referenciados en el estándar	80%	Porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas	total de actividades realizadas / total de actividades programadas	0	3%	Atención al usuario, psicólogos, Líder de proceso y coordinador de quirófano		
						2. Definir estrategias de apoyo con colegios para las actividades lúdicas en áreas de hospitalización				3				
						3. Socializar y educar al cliente interno para conformar grupos de apoyo a los temas de consejería				3%				
						4. Incluir a las maternas hospitalizadas de alto riesgo en el seguimiento y evaluación.				30				
						5. Establecer estrategias de comunicación								
						6. Establecer el procedimiento de apoyo al duelo y documentar las experiencias de vida de los pacientes a los que se les permite el acompañamiento en el momento previo a la muerte del paciente y a las intervenciones de apoyo espiritual en cirugía y cuidado crítico	0	3%						
	<p>Estándar 16. Código: (ASREG1)</p> <p>Está 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.</li> </ul> <p>Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identificación del personal de la organización que va a estar a cargo del usuario.</li> <li>Mecanismos redundantes de identificación del usuario.</li> <li>Definición de riesgos de acuerdo con condición al ingreso.</li> <li>Los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento por el equipo de salud.</li> <li>Priorización de los pacientes que deben atenderse en todos los servicios.</li> <li>Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición representa sobre la vida del paciente.</li> <li>Identificación de los pacientes en la urgencia.</li> </ol>	1. Documentar el proceso de asignación de citas, registro y admisión de usuarios en el servicio de cirugía todos los servicios, teniendo en cuenta todo lo solicitado en el estándar	Aplicación de la lista de chequeo prequirúrgica	total de listas de chequeo realizadas/ total de usuarios programados			Realizar la guía de ingreso y egreso del usuario que incluya estancia, atención por el médico tratante y cuidados; copagos, tarifas de los procedimientos y cuotas moderadoras y documentación requerida según su eps	90%	tiempo de espera de ingreso	Desde la admisión de la documentación hasta el traslado a sala de cirugía				
						Utilizar los brazaletes de identificación una vez ingrese al servicio quirúrgico		Tiempo de espera de egreso	Desde la recuperación post anestésica hasta la salida del servicio quirúrgico	50	50%	Líder de proceso, coordinador de quirófano y subdirección científica		
						Campaña activa de identificación de los colaboradores de la institución al usuario y su familia								
						Definir y documentar los riesgos de acuerdo a la condición del usuario a su ingreso								
						Definir y documentar la priorización de los procedimientos quirúrgicos según el estado de salud del usuario		cumplimiento de las actividades programadas	Numero de actividades ejecutadas a satisfacción/Actividades programadas.	30	30%			

<p>• Se tiene estandarizada la preparación previa que el usuario debe cumplir con el fin de que le sean realizados los procedimientos ordenados por el equipo de salud y se verifica que se cumpla con dicha preparación. El personal de recepción deberá informar al usuario que no esté adecuadamente preparado sobre los pasos a seguir para el cumplimiento de dicho requisito. En todo caso, se Estándar 51. Código: (ASPL10)</p>	<p>2. Revisar y elaborar las instrucciones necesarias para la preparación previa para la realización de cirugía programada</p>				<p>Elaborar las indicaciones pre y post operatorias de los procedimientos mas frecuentes para la preparación previa a la realización de la cirugía</p>				30	30%			
<p>La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.</p> <p>• Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, en el que se le explican el objetivo, los beneficios y los inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología, aunque debe primar la autonomía del paciente.</p> <p>• Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante.</p> <p>• El consentimiento informado debe incluir, como mínimo, los beneficios, los riesgos y las alternativas, de acuerdo con el procedimiento</p>	<p>Documentar, revisar y ajustar el procedimiento y diligenciamiento de los consentimientos informados existentes</p>	<p>Promedio de cumplimiento del diligenciamiento de los consentimientos informados</p>	<p>Total consentimientos diligenciados / total de pacientes operados</p>		<p>1. Documentar el procedimiento para el diligenciamiento de consentimientos y desistimientos.</p>	90%		100					
					<p>2. Revisar y ajustar los consentimientos a utilizarse en la institución</p>			70					
					<p>3. Evaluar y Ajustar los resultados de la prueba piloto que se esta realizando con los consentimientos de oftalmología y gastroenterología.</p>	Seguimientos a los consentimientos informados por medio de entrevistas telefónicas	cumplimiento de las actividades programadas	Numero de actividades ejecutadas a satisfacción/Actividades programadas.	30		Lider de proceso, coordinador de quirófano y subdireccion científica		
					<p>4. Articular los comites de historias clínicas y seguridad del paciente y socializar los resultados obtenidos y definir los criterios de auditoria y seguimiento de los consentimientos informados</p>	Informar a los comites de historias clínicas sobre los resultados obtenidos		10					
<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 anterior; esta información es compartida y analizada con los profesionales que remiten o solicitan los exámenes, incluye un sistema de asesoría para el correcto diligenciamiento de las órdenes.</li> <li>• Verificación de la identidad del usuario que se coteja frente a la orden médica y a la marcación de los insumos utilizados en los procedimientos.</li> <li>• Control de tiempos de traslado de muestras.</li> <li>• Medición de la oportunidad de los reportes.</li> <li>• Aceptación o rechazo de muestras o imágenes. Si se aceptan muestras comprometidas o imágenes dudosas, el reporte final debe indicar la naturaleza del problema y precaución al interpretar el resultado. Incluye:</li> </ul> <p>1 Análisis para identificar las causas que motivaron el daño de la</p>	<p>Documentar, socializar, establecer e integrar el procedimiento de toma, preparación y envío de muestras de patología para ser procesadas</p>	<p>Porcentaje de muestras de patologías rechazadas</p>	<p>Total de muestras rechazadas/ total de muestras tomadas</p>		<p>1. Documentar e proceso de preparacion de muestras de liquidos, solidas y bacaf incluyendo las criterios de envio de las mismas</p>	80%	Porcentaje de patologías rechazadas	Total de muestras rechazadas/ total de muestras tomadas	0	5%	Lider de proceso, coordinador de quirófano y subdireccion científica		
					<p>4. Establecer un espacio para: Depósito de cadáveres Preparación, Manejo, embalaje de muestras de patología, biopsias y bacaf, al igual que el seguimiento de las muestras y resultados, al igual que rechazos de las muestras con oportunidad.</p>			0		5%			
					<p>7. Documentar y Establecer el indicador de muestras rechazadas y documentar las causas que motivaron al daño de la misma e informar al usuario sobre la retoma de la misma</p>			0		5%			
					<p>10. Integrar los criterios definidos en este estandar como de mejora al programa de seguridad del paciente para seguimineto y mejora.</p>			30		30%			
<p>La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados. Si por alguna razón los resultados se van a demorar</li> </ul>					<p>1. Definir y documentar los tiempos de reporte de resultados de patología y establecer los mecanismos efectivos de divulgación para que lo conozca el cliente interno y externo.</p>			0		5%			

<p>resultados. Si por alguna razón los resultados se van a demorar más de lo previsto, se tiene un sistema para avisar al profesional y/o al usuario de dicha demora. La explicación deberá estar acompañada de información precisa de cuándo estará el resultado. Adicionalmente, se analizarán las causas que ocasionaron la demora y se tomarán medidas al respecto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para estos casos, generará un proceso de clasificación y ordenamiento de los exámenes y los procedimientos solicitados, basados en criterios de priorización, con el fin de evacuarlos por orden de prioridad.</li> <li>• La entrega de todos los resultados de exámenes y procedimientos de manera escrita. En los casos excepcionales, cuando la entrega se haga telefónicamente al equipo de salud, se lleva un registro de quien dicta y quien recibe. En ningún caso, el resultado puede ser entregado de manera verbal al usuario.</li> </ul> <p>estandar 120. Código: (GR2)</p>	<p>Definir, documentar, socializar y establecer el manejo, los tiempos y la verificación de los reportes de patologías</p>	<p>Tiempo de reporte de resultados de patología</p>				<p>2. Definir los mecanismos de manejo con relación a los reportes que no son reclamados por los usuarios con apoyo de atención al usuario y comunicación pública.</p>	90%	<p>Tiempo de reporte de resultados de patología</p>	0	5%	<p>Lider de proceso, coordinador de quirófano</p>			
						<p>3. Establecer el instrumento de auditoría para la verificación de criterios del estándar y corroborar con las acciones de mejoramiento establecidas.</p>			0	3%				
						<p>4. Revisar y ajustar el proceso de almacenamiento de resultados de laboratorio, patología, cardiología e imagenología</p>				0	5%			
<p>La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico.</p> <p>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</li> </ul>	<p>4. Actualizar protocolos de limpieza y desinfección; Evaluando la adherencia de los protocolos de limpieza y desinfección.</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas</p>	<p>total de actividades realizadas / total de actividades programadas</p>			<p>clasificación de los elementos según el grado de criticidad</p>	80%	<p>Porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas</p>	<p>total de actividades realizadas / total de actividades programadas</p>	0	3%	<p>Lider de proceso, coordinador de quirófano</p>		
	<p>5. Documentar e Implementar en la institución los protocolos para los casos de reúso.</p>				<p>semaforización de los elementos de reúso</p>	0				3%				
	<p>6. Ajustar el documento de esterilización, bajo lineamientos normativos</p>				<p>Revisar el manual de buenas practicas de esterilizacion del MINSALUD</p>	0				3%				
						<p>se implemento una nueva especialidad de UROLOGIA, anexando procedimientos de 3er nivel como son MANEJO DE CÁLCULOS DE LAS VÍAS URINARIAS A TRAVÉS DE</p>	50%		50%	50%				

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEPARTAMENTAL-COMPONENTE DE EFICACIA													
DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES LA HORA DE RESULTADOS 2012-2015											
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD			Cumplir con el Aseguramiento de la Norma técnica de Calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud								
PROGRAMA DEL PDD:		ASEGURAMIENTO											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	Ejecución
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2013)	VALOR ESPERADO (31 dic-2014)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA:													
APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION	Brindar servicios a los usuarios de rehabilitacion, con criterios de calidad, eticos, oportunos y seguros para el manejo integral del paciente.	MANTENER EN UN 80% LA 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	100%	exámenes facturados/estudios facturados	100%	100%	terapeuta respiratoria		
						hacer mejoras en los servicios de rehabilitacion	Solicitada la alta direccion en mejoras de area de Rehabilitacion.	Servicio mejorado	100%	100%	Líder de proceso		
						brindar asistencia profesional a los programas u/o proyectos direccionados por el hospital.	100%	programas institucionales/ actividades ejecutadas	100%	100%	fisioterapeutas		
						seguimiento de propuesta del programa de rehabilitacion cardiovascular que ya fue documentado a la administracion.	10%		10%	100%	lider de proceso		
						Aumentar la cobertura en atencion de usuarios en los servicios de rehabilitacion		total usuarios atendidos.	80%	80%	terapeuta ocupacional	El servicio de terapia ocupacional aumento la cobertura en atencion en un 13% durante el año 2013 3050 sesiones, con respecto a lo alcanzado en el año 2012 2255 sesiones.	

Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Aumentar la satisfacción del usuario.				Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios	Dar cumplimiento a la respuesta de quejas en los plazos establecidos Realización de reuniones primarias para socialización de quejas y satisfacción del usuario		80	80		
	Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.					Oportunidad en terapia de lenguaje Gestión de Mejoramiento de los servicios de rehabilitación		0%	50		
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.				Realizar evaluación de guías, manuales y protocolos, y actualizar socializar e implementar las que estén desactualizadas			90%	70%	Grupo de Rehabilitación	
	Mantener actualizados los sistemas de información.				Seguimientos a informes estadísticos, Evolucionar y escribir en la historia clínica todo lo que se hace en el día a día	Mantener actualizado la información estadística y el software Dinamica		100%	100%	Grupo de Rehabilitación	mensualmente se realiza reporte estadístico de las actividades de rehabilitación por cada servicio y se lleva el comparativo con la oficina de estadística
	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con atención al usuario	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución en aspectos relacionados con atención al usuario Realizar por lo menos una capacitación sobre temas relacionados con rehabilitación		80%	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 actualización del procedimiento de referencia y contrareferencia la remisión de pacientes de rehabilitación..							0	30	Grupo de Rehabilitación	

		Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Porcentaje de cumplimiento	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso									
								0	50	coordinación			
						socializar manejo programa terapeutico para pacientes post-chikkunguña		0	15	rehabilitacion			
						documentar programa de escuela de espalda sana		0	15	rehabilitacion			

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA														
CÓDIGO DANE		81														
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015														
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL														
SECTOR DEL PDD:		SALUD														
PROGRAMA DEL PDD:		INTERNACION														
META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)		INDICADOR PROYECTO				INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN				
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)	ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR				LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)		
SUBPROGRAMA:																
SEGURIDAD DEL PACIENTE	EJECUTAR LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE INSTITUCIONAL	Institucionalización de las rondas diarias de seguridad	Porcentaje de cumplimiento a las rondas de seguridad diarias en los servicios y rondas de seguridad específicas en las diferentes dependencias	Rondas programadas/ rondas ejecutadas	No hay medición. Se realizaron rondas diarias por parte de la auxiliar de enfermería de seguridad del paciente en todos los servicios hospitalarios y rondas ocasionales por parte del coordinador de seguridad.	0.9	1. Realización de ronda de seguridad diaria por parte del auxiliar de enfermería de seguridad del paciente cumpliendo con lo estipulado en el procedimiento de ronda de seguridad diaria, según cronograma.	Durante todo el año se realizarán rondas diarias de seguridad en todos los servicios	Proporción de rondas de seguridad diarias	Rondas diarias programadas según cronograma/ rondas ejecutadas	0.9	0.9	Auxiliar de enfermería de seguridad del paciente	Las rondas de seguridad se programarán según cuadro de turno de la persona a cargo		
							2. Realización de rondas de seguridad específicas por parte de la coordinación del programa en los diferentes servicios, cumpliendo con el cronograma establecido	Se dará cumplimiento al cronograma establecido de las rondas de seguridad específicas.	Proporción de rondas de seguridad específicas realizadas	Rondas específicas programadas según cronograma/ rondas ejecutadas	0	0.6	Referente de seguridad del paciente			
								3. Elaborar informes de las rondas de seguridad tanto diarias como específicas.	Se realizará informe consolidado mensual de las rondas de seguridad realizadas. Se realizará informe semanal de las rondas específicas realizadas	Proporción de informes realizados	Rondas realizadas /informes elaborados	30.00%	70%	Referente de seguridad del paciente		
								4. Retroalimentar a los coordinadores de cada servicio los hallazgos de las rondas de seguridad. Retroalimentar a los colaboradores dichos hallazgos.	Retroalimentar los hallazgos de las rondas.	Proporción de informes entregados a los coordinadores de los servicios	Informes de rondas realizadas/ informes difundidos	0.00%	50%	Referente de seguridad del paciente		
			Asegurar la funcionalidad del comité de Seguridad del Paciente.	Proporción de reuniones mensuales del comité de seguridad del paciente.	Comités de seguridad realizados/ Comités de seguridad programados	0.9	0.9	Realizar mensualmente los comités de seguridad del paciente	SE realizarán reuniones mensuales del comité de seguridad del paciente	Proporción de reuniones mensuales del comité de seguridad del paciente.	Comités de seguridad realizados/ Comités de seguridad programados	90.00%	90%	Referente de seguridad del paciente. Miembros del comité de seguridad.		
		Proporción de participación en reuniones-inducciones de las áreas y los servicios	Participación en las reuniones - inducciones programadas / reuniones-inducciones programadas	0.3	0.6	Inducción a todo el personal auxiliar de enfermería que ingresa a hacer prácticas en la ese	Realizar charla de presentación del programa de seguridad a todo el personal auxiliar de enfermería que ingresa a hacer prácticas en la institución	Inducciones a los estudiantes de auxiliar de enfermería	proporción de los estudiantes de auxiliar de enfermería capacitados que ingresan a hacer prácticas / proporción de los estudiantes de auxiliar de enfermería que ingresan a hacer prácticas	95.00%	98%	Referente de seguridad del paciente				

Realizar despliegue institucional de la información relacionada programa de seguridad					Inducción a todo el personal de las áreas asistenciales que ingresa a trabajar según programación de talento humano	Realizar inducción a los tabajadores que prestan atención directa a los pacientes sobre aspectos relacionados con la seguridad del paciente	Inducciones al personal que ingresa a trabajar	Proporcion de los trabajadores que brindan atención directa a los pacientes capacitados/ numero de trabajadores que brindan atención	60.00%	80%	Referente de seguridad del paciente		
	Educación sobre seguridad del paciente a pacientes y familiares	Pacientes y familiares que reciben educación sobre temas de seguridad del paciente/ Total de egresos	No hubo medición	0.3	Dar educación a los pacientes con riesgos específicos sobre medidas de prevención	Semanalmente se llevara a cabo una sesión educativa con los pacientes y sus familiares sobre temas específicos de seguridad y prevención de eventos adversos.	Sesiones educativas sobre seguridad	Numero de sesiones educativas realizadas / sesiones educativas programadas según cronograma	0.00%	60%	Referente de seguridad del paciente		
					Educación durante la ronda de seguridad diaria sobre aspectos relacionados con la seguridad del paciente	Durante la ronda se tratarán aspectos generales de prevención de eventos adversos con los pacientes	Educación a pacientes sobre temas generales	Pacientes a los cuales se les dio educación durante la ronda diaria / Total de egresos	no hubo medición	30%	Auxiliar de enfermería de seguridad del paciente		
Medición del impacto y aplicación del programa de seguridad	Indicadores de seguridad del paciente	Indicadores propuestos / Indicadores diligenciados	0.4	90%	Diligenciamiento de los indicadores propuestos para seguridad del paciente : reportes de seguridad, reportes de eventos adversos, reportes de incidentes, indicios de atención insegura, adherencia a portocolo de caídas, adherencia a protocolo de prevención de upp, adherencia a protocolo de identificación, adherencia a protocolo de cateterismo vesical.	Se diligenciará el 100 % de los indicadores propuestos	Indicadores de seguridad del paciente	Indicadores propuestos / Indicadores diligenciados	0.4	90%	Referente de seguridad del paciente		
	Seguimiento a acciones correctivas y preventivas	Seguimiento realizado a acciones correctivas o preventivas / Acciones correctivas o preventivas planteadas relacionadas con seguridad del paciente	no hubo medición	70%	Realizar seguimiento en conjunto con los líderes de los procesos a las acciones correctivas / o preventivas planteadas y relacionadas con seguridad del paciente	Se realizará seguimiento en conjunto con los líderes de los procesos a las acciones correctivas / o preventivas planteadas y relacionadas con seguridad del paciente hasta	Seguimiento a acciones correctivas y preventivas	Seguimiento realizado a acciones correctivas o preventivas / Acciones correctivas o preventivas planteadas relacionadas con seguridad del paciente	0.00%	70%	Referente de seguridad		
	gestion de los eventos adversos	Comités de seguridad realizados/ Comités de seguridad programados	100.00%	100%	Gestionar la totalidad de los eventos adversos que se detectan en la institución	Se gestionará la totalidad de los eventos adversos detectados	gestion de los eventos adversos	Numero de eventos adversos gestionados/ numero de eventos adversos	100%	100%	Referente de seguridad		

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015											
<b>PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015</b>													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:							
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		SUBGERENCIA CIENTIFICA											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA:													
SUBGERENCIA CIENTIFICA	Incrementar los ingresos por venta de servicios de salud	Mantenimiento de la producción y la prestación del servicio de cirugía	Porcentaje incremento produccion			poner en marcha quirofano nuevo	poner en marcha quirofano nuevo	Cumplimiento	100		Sub científica Gerente		
						Estudio para realizar cirugía por laparoscopia	estudio de cirugía laparoscopia	Cumplimiento	50		Sub científica Gerente		
						Adquisición de accesorios para el equipo que realiza CPRES	presentacion y gestion de estudio de conveniencia	Cumplimiento			Sub científica Gerente		
						Mejorar la oportunidad de cirugía programada	Incrementar el número de cirugías programadas	Oportunidad de Cx			Sub científica Coord Quirofano		
SUBGERENCIA CIENTIFICA	Fortalecer la tecnología y mobiliario en el Hospital	Mejorar la prestación del servicio hospitalario mediante la presentación de proyectos en dotación de equipos y mobiliario del Hospital	No. De Proyectos presentados			Elaborar proyecto de equipos medicos y mobiliario y presentarlos al ente departamental y nacional	Elaboración de proyectos de equipos médicos y mobiliario con la metodología requerida según el ente al cual se va a presentar	Cumplimiento	100.00%		Sub científica Gerente		
SUBGERENCIA CIENTIFICA	Promover los servicios de telemedicina	Aumentar la oferta de servicios de a institución por medio de telemedicina	No. De servicios de telemedicina			Gestionar convenios con instituciones de mayor nivel, en aquellas especialidades con las cuales no cuenta la ESE	Convenios con otras instituciones de mayor nivel, en aquellas especialidades que no se ofertan en la institución.	% convenios efectivos			Sub científica Gerente		
SUBGERENCIA CIENTIFICA	Mejorar la prestación de los servicios con la adquisición de transporte medicalizado para la red prestadora de servicios	Fortalecer el servicio de traslado asistencial medicalizado	No de oficios o proyectos presentados			Gestionar la adquisición de transporte medicalizado para la Institución ante Entes Departamentales y Nacionales.	Realizar y presentar proyectos ante entes departamentales o nacionales para la adquisición de transporte medicalizado	% cumplimiento					
SUBGERENCIA CIENTIFICA	Contribuir a la Reduccion de casos de la mortalidad por EDA en menores de 5 años		Tasa de mortalidad por EDA en <5 años			Fortalecimiento de programa AIEPI Habilitación de la sala EDA	Seguimiento a los casos de EDA Grave municipales para prevenir casos recurrentes						
SUBGERENCIA CIENTIFICA	Contribuir a la reduccion en los casos de mortalidad por ERA en menores de 5 años		Tasa de mortalidad por IRA en < 5 años			Fortalecimiento de programa AIEPI Habilitación de la sala ERA	Seguimiento a los casos de ERA Grave municipales para prevenir casos recurrentes						

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA													
DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015											
<b>PLAN DE ACCIÓN AÑO 2013</b>													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:									
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		TRABAJO SOCIAL - SIAU											
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 31-10-14
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2013)	VALOR ESPERADO (31 dic-2014)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2013)	VALOR ESPERADO (31 dic-2014)			
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
TRABAJO SOCIAL - SIAU	Aumentar la calidad del servicio de atención al usuario	Mantener y/o Aumentar la satisfacción global y específica de las áreas en los usuarios	Porcentaje encuesta de satisfacción	82%	83%	seguimiento de planes de mejoramiento con cada uno de los líderes de proceso, de acuerdo a los resultados tanto del informe de satisfacción como de apertura de buzones	Reuniones bimensuales con líderes de proceso para socialización y diseño planes de mejora	% Cumplimiento	77	80%	Trabajador Social	ya se hizo la socialización informe de satisfacción en febrero 2105	78.00%
		mejoramiento en la proporción de quejas resueltas	porcentaje de PQRS resueltas	100%	100%	Seguimiento a los plazos establecidos para respuesta oportuna de quejas	Notificación escrita a Control Interno y Subgerencia Científica sobre incumplimiento en los plazos de respuesta por parte de los líderes de proceso	% Cumplimiento			Trabajador Social	este trimestre solo 3 no se han respondido	83.00%
		(. Entregar a líderes de proceso un informe detallado de las quejas				Actualizar el procedimiento para la respuesta a quejas ,teniendo en cuenta que se debe especificar los tiempos de respuesta y las quejas a las cuales se les debe elaborar plan de mejora.	Seguimiento a los plazos de respuesta establecidos mediante notificación escrita tanto de entrega a líder de proceso como de vencimiento, con notificación anexa a control interno.		50.00%	100%		ya esta actualizado y falta llevarlo al comité MECI para aprobación	70.00%
						Socializar a todos los líderes y coordinadores de área el procedimiento de respuesta a queja	Llevar a cabo reuniones con líderes de proceso para socializar el procedimiento de respuesta a quejas		0.00%	100%		no se ha hecho por que se requiere la aprobación del comité	0.00%

		Detalle de las quejas que interpone el usuario y evaluar cumplimiento de los tiempos de respuesta de las quejas.)				Implementar indicador de seguimiento a la oportunidad de respuesta a quejas	Construir indicadores de respuesta oportuna a quejas		76.00%	90%		se ha realizado la actividad al 100%	100.00%
						Entregar trimestralmente a <b>coordinadores y lideres</b> de proceso el informe detallado de quejas y reclamos y el resultado del indicador	Entregar por medio electronico a lideres de proceso informe de quejas y reclamos y posteriormente socializarlo		no se ha entregado trimestralmente a los coordinadores y lideres de proceso el informe detallado de quejas y reclamos y el resultado del indicador			esta pendiente actualizar el informe de quejas del mes de marzo y por esto no se ha realizado	0.00%
		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		100	100		de 18 quejas 3 no han sido repondidas oportunamente	78%
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.							76	82		no se ha realizado la actividad	0

TRABAJO SOCIAL - SIAU	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.						76	85		se actualizaron las guías, procedimiento, protocolos y estan pendientes en revision por parte de calidad	78
		Mantener actualizados los sistemas de información.						75	100		esta actualizado el correo institucional y se encuentra funcionando en este momento, pero la oficina de atencion del usuario no tiene señalizacion actualmente	77
		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 mediante plataforma virtual sobre temas relacionados con atencion al usuario.		75	85		no se ha realizado la actividad
	Realizar revision y ajuste del codigo de etica y buen gobierno					Citar comité de etica para revision final y aprobacion del codigo de etica y buen gobierno				es de juridica	se esta pendiente apoyando en el debate del codigo de etica y buen gobierno	

	ética y buen gobierno					Socializar a colaboradores ,usuarios y familia			no porque no se ha definido el codigo de etica			esta pendiente el debate	0
	Garantizar el diseño e implementación de la política de humanización, que contemple el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia.					<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definición de líneas estratégicas que articulen el concepto de humanización en la organización</li> <li>2. Definir e identificar los riesgos que afecten el proceso de humanización en la atención</li> <li>3. diseño de herramientas y metodologías para identificar, priorizar, gestionar, evaluar e intervenir los riesgos relacionados con el proceso de humanización</li> <li>4. priorización de los riesgos de afectan la humanización en la atención</li> <li>4. Disponer de los recursos financieros, técnicos y humanos para la consolidación de procesos de humanización en la institución.</li> <li>5. identificación de barreras para la humanización del servicio relacionados con la parte administrativa, asistencial y gerencial.</li> <li>6. Definición de respuestas institucionales que minimicen el riesgo de atenciones inadecuadas en los pacientes.</li> <li>7. definición de la estrategia de despliegue de la política de humanización</li> <li>8. evaluación de la implementación de la política de humanización y toma de acciones que corrijan las desviaciones.</li> </ol>						de manera coordinada se esta trabajando con la doctora Kenny en la construcción de estrategia de información para los colaboradores de la institución como parte del proceso de humanización	10

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015											
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA											
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 ESTRATEGIAS A DESARROLLAR	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN 31-10-14
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
<b>SUBPROGRAMA</b>													
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).			2. Asignar metas a los profesionales y tecnicos responsables de la ejecucion de las actividades. 3. Realizar consulta de 1ºvez 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 adscritos a los servicios del hospital del sarare	porcentaje de captacion de niños < 5 años	78.4 %	80% niños < 5 años	coordinacion UNAP		64.00%
		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).				Captar en un 90% los menores de 1 año adscritos a los servicios del hospital del sarare	porcentaje de captacion de niños <1 años	70%	75% niños < 1 año	coordinacion UNAP		61.00%
		Lograr cobertura de vacunación (esquema regular) del 95% de los niños	porcentaje de cobertura de esquema permanente de vacunación			1. Realizar programacion mensual de acuerdo a la poblacion asignada por el DANE. 2. Realizar vacunacion de lunes a sabado institucional 3. Realizar vacunacion extramural, busqueda casa a casa. 4. Realizar tres jornadas de vacunacion al año. 5. Realizar medición de coberturas mensualmente e implementar estrategias para alconzar las coberturas mensuales. 6. Presentar informes mensuales jornadas nacionales de vacunacion.	Lograr coberturas en vacunacion	Porcentaje de cumplimiento	60.8 % cobertura vacunacion	95%	coordinacion UNAP		94.00%
		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								coordinacion UNAP		95.00%
		Disminuir en 20% los indices de morbilidad en < 5 años asociada a enfermedades inmunoprevenibles	Tasa de morbilidad en < 5 años asociada a enfermedades inmunoprevenibles								coordinacion UNAP		76.30%
		Contribuir a la reduccion la morbilidad de casos de EDA en menores de 5 años	Tasa de morbilidad por EDA en < 5 años			Charlas educativas semales a la poblacion asistente los servicios de PYP. Informacion por espacios radiales	fomento de la educacion para la prevencion de EDA	Porcentaje de cumplimiento	65% de actividades programadas	70%	coordinacion UNAP		83.30%
		Contribuir a la reduccion la tasa de morbilidad por ERA en menores de 5 años	Tasa de morbilidad por ERA en < 5 años				fomento de la educacion para la prevencion de ERA				66% de actividades programadas	70%	coordinacion UNAP
ON ESPECIFICA		Lograr que el 70% (3.080) de las mujeres gestantes asistan mínimo a 4 controles prenatales	Porcentaje de gestantes que asisten a cuatro controles prenatales			Censo de gestantes por eps según contratación Canalización gestantes mediante visitas domiciliarias. Seguimiento a la aplicación de la norma de atención de la embarazada. Seguimiento de inscitas nuevas y gestantes de alto riesgo.	Identificar a la población gestante adscrita a los servicios del hospital del sarare, induccion a la demanda, inclusion al control prenatal.	porcentaje de gestantes identificadas	% gestantes adscritas	> o igual a 46,7 %	coordinacion UNAP	se presto el censo a la alcaldia y no se ha devuelto, pero esta hecho el censo de 457 gestantes 98 fueron canalizadas	87.00%
		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			Asesorar a la puerpera adolescente sobre los metodos de planificación familiar	lograr coberturas en vacunacion	porcentaje de puerperas el programa de planificación familiar	38% o mas de cumplimiento	50% o mas de cumplimiento	coordinacion UNAP		63.00%
		Detección de casos de cáncer de cuello uterino, cáncer mama	tasa de mortalidad por ca de cuello uterino y de mama			Incrementar la toma de citología y mamografía a todas las mujeres adscritas al Hospital del sarare.	Captar la poblacion objeto del programa de ca ce cervix y mama.	porcentaje de cumplimiento	57.5 % de cumplimiento	60% de citologias tomadas	coordinacion UNAP		48.30%

DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION	Garantizar el cumplimiento de las líneas de acción de maternidad segura	Prevención de violencia doméstica sexual	tasa de violencia sexual y domestica en 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	80% de las actividades programadas	85%	coordinacion UNAP	0.00%	
		Identificar el estado nutricional de la población de niños, niñas 0 - 5 años	Porcentaje de niñ@s de 0-5 años con desnutrición crónica-aguda-global			Notificar oportuna los eventos de desnutricion y realizar seguimiento a los mismos. 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 la notificacion de eventos de desnutricion % de remision	70%porcentaje de cumplimiento de notificacion 70%Porcentaje de cumplimiento en remision	80%	coordinacion UNAP	50.00%	
		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			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 desplazamiento y otros hechos victimisantes	cumplimiento de las consultas programadas	90% de las consultas programadas	95% 0 mas de atenciones de las consultas programadas por psicologia		coordinacion UNAP	83.00%
DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA	Estándar 16. Código: (ASREG1) Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe	Documentar el proceso de registro y admisión de usuarios en todos los servicios, teniendo en cuenta todo lo solicitado en el estándar				Elaborar documento que describa el procedimiento de admisión y registro de la sede UNAP con el apoyo de Coordinacion de enfermeria						80%	
					Implementar proceso de registro y admisión en todas las áreas que aplique y todas las sedes							0%	
	Estándar 20. Código: (ASEV2) La organización, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención	1. Seleccionar posibles grupos poblacionales susceptibles de programas de promoción y prevención interinstitucional				Realizar reunión de coordinadores de área y subdirección científica para definir posibles programas interinstitucionales.							83.00%
					Elaborar o ajustar programas de acuerdo a lo definido en la reunión de subdirección								
	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Garantizar la rentabilidad financiera de la institución.											
		Aumentar la satisfacción del usuario.				Analizar estudios de satisfaccion para conocer las fallas del porque la insatisfaccion	De acuerdo a los resultados generar estrategias para aumento de la satisfaccion que este a nuestro alcance del area de odontologia e Higiene Oral						96.00%
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.				Evaluacion Documentos generados en el SIG, y actualizarlos en el caso de que esten desactualizados	Actualizar y socializar los documentos del SIG						100%
	Mantener actualizados los sistemas de información.				Generar Informes estadísticos 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						83.00%	
	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con las actividades de promocion prevencion	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion Realizar por lo menos una capacitacion mediante plataforma virtual sobre temas relacionados al area						70%	

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA														
CÓDIGO DANE		81														
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012-2015														
<b>PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015</b>																
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:										
SECTOR DEL PDD:		SALUD														
PROGRAMA DEL PDD:		URGENCIAS														
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o	% PONDERADO EN EL PROGRAMA	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
				NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
SUBPROGRAMA:																
5	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Aumentar la satisfacción del usuario.		Porcentaje de satisfacción del usuario	Usuarios satisfechos/Total usuarios encuestados en urgencias	78%	85	Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios	Dar cumplimiento a la respuesta de quejas en los plazos establecidos	promedio días de respuesta de quejas	promedio días en la contestación-día en que se radica la queja	95.00%	100%	Lider de Proceso		
		Mejorar la oportunidad en la atención de Urgencias						Mejorar la oportunidad en la atención de Urgencias	mantener la oportunidad en la atención de acuerdo a la clasificación de triage obtenida	promedio de atención según clasificación triage	tiempo de atención establecido para cada triage - tiempo promedio de atención por cada clasificación triage	70.00%	85%	Lider de Proceso Medicos y enfermeras		
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.						Utilizar espacios radiales para mejorar el buen uso del servicio de urgencias	Disminuir la consultas no pertinentes	consultas no pertinentes a una atención de urgencias	total consultas realizadas/ consultas clasificadas como triage 5 * 100	15.00%	30%	Lider de Proceso		
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.						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	Guías y manuales actualizados Socialización de Guías	guías actualizadas y socializadas	guías establecidas del servicio/ guías actualizadas y socializadas * 100	80.00%	90%	Lider de Proceso		
		Mantener actualizados los sistemas de información.						Realizar capacitación continua y seguimiento al diligenciamiento de la historia clínica	Capacitación continuada al personal de urgencias	capacitación realizada al personal de urgencias en historia clínica	personal asistencial del servicio de urgencias/ promedio de personal asistente a capacitaciones * 100	80	85%	Lider de Proceso Personal de urgencias		

URGENCIAS		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.						Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con el area	Reuniones Grupales del area enfocadas actividades de desarrollo personal y Humanizacion.	capacitacion y actividades realizadas con el personal de urgencias en temas de desarrollo personal y humanizacion.	personal asistencial del servicio de urgencias/ promedio de personal asistente a capacitaciones y actividades * 100	80	90%	Lider de Proceso Personal de urgencias			
	Estándar 60. Código: (AsSIR3) Para el caso anterior, la gerencia de la red garantiza que cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes prestadores, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario.	1. Diseñar mecanismos que garanticen la seguridad del paciente durante el traslado entre sedes						Elaborar protocolo de traslado de pacientes ya sea intrainstitucional o interinstitucional	estandarizar el traslado de pacientes tanto intra como interinstitucional.	protocolos de traslado establecidos para el hospital del sarare	protocolos requeridos/ protocolos generados actualizados		80	85%	Lider de Proceso		
								Socializar protocolo de transporte a todo colaborador asistencial	socializar protocolos a todo el personal asistencial	protocolos de traslado socializados	personal asistencial/ personal asistente a socializacion de protocolos	50.00%	60%	Lider de Proceso			
								Elaborar metodología e instrumentos para realizar evaluación de adherencia al protocolo de transporte de pacientes	elaborar instrumentos de valoración de adherencia a protocolo de traslado de paciente.	listas de chequeo para protocolos de transporte de	protocolos de transporte establecidos/ protocolos evaluados mediante lista de chequeo		50%	60%	Lider de Proceso		
								Evaluar adherencia al protocolo de transporte	medir adherencia a protocolos de traslado de paciente intra y extrahospitalario	adherencia a protocolos de traslado	listas de chequeo aplicadas/ listas de chequeo con mas del 70% de cumplimiento en adherencia al protocolo		60%	70%	Lider de Proceso		

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2012 - 2015											
PLAN DE ACCION AÑO 2015													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:							
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		Vigilancia											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DE 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 31-10-14
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2014)	VALOR ESPERADO (31 dic-2015)			
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
VIGILANCIA INSTITUCIONAL	Utilizacion de informacion de Registro individual de prestaciones RIPS	mantener actualizado el perfil epidemiologico de las atenciones en el hospital del sarare	informes elaborados analisis ady entregado a junta directiva	1 informe trimestral entregado	4 informes	Realizar analisis de los servicios prestados generadas por los RIPS, teniendo en cuenta el perfil epidemiologico y la frecuencia de demanda de los servicios.	entregar trimestral mente informe a junta directiva	informe elaborado	100.00%	100%	sistema de informacion y vigilancia epidemiologica		
	Identificar poblacion gestante adscrita a los servicios de la ips hospital sarare,	Reducir en un 10% la tasa de mortalidad perinatal	tasa de motalidad perinatal	< de 9 casos		recepcionar trimestralmente los resultadosdel censo de canalizacion de gestantes para evaluar cumplimiento del indicador de reduccion de tasa mortalidad perinatal seguimiento a usuarias del municipio con de gravindex positivo vs /inscritas en el programa de promocion y prevencion del hospital del Sarare evaluar cumplimiento del indicador de reduccion de tasa mortalidad perinatal seguimiento a los eventos de notificacion VIH,HEPATITIS B, Sifilis gestional,congenita , rubeola gestacional toxoplasmosis,VPH Blenorragia diabetes e hipertencion convocar a unidad de analisis a toda muerte perinatal, morbilidad materna extrema,muerte materna	alcanzar la disminucion de la mortalidad materna y perinatal en la poblacion gestante adscrita a la ESE Hospital Del Sarare	tasa de mortalidad perinatal	Tasa de muertes perinatales por mil nacidos vivos = 5.2	menor o igual a 5.2	Coordinacion PYP, salud publica y vigilancia epidemiologica institucional		
	Contribuir a Mantener y/o disminuir por debajo de 3.23% el porcentaje de niños con bajo peso al nacer	INCLUSION DE GESTANTES AL CPN	porcentaje de bajo peso al nacer	mantener la tasa de bajo peso al nacer menor o = a 16por cada mil nacidos vivos		notificar los eventos de bajo peso al nacer y realizar seguimiento para la inclusion al programa de cy d	notificar los eventos de bajo peso al nacer	% de cumplimiento en la notificacion	tasa de bajo peso al nacer por mil nacidos vivos = 11.4	menor o igual a 11.4	vigilancia en salud publica institucional		
	Garantizar como mínimo el 95% del funcionamiento del sistema de vigilancia en salud pública y el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico en todo el departamento, así como la divulgación y remisión oportuna según corresponda a los entes nacionales (Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud).	mantener actualizada la informacion de eventos sujetos a vigilancia epidemiologica institucional	% de cumplimiento en el sistema de informacion	95.00%		realizar la notificacion semanal e inmediata a la unidad notificadora del municipio	informar los eventos de notificacion oportunamente al ente municipal	porcentaje de notificacion	96%	96%	vigilancia epidemiologica institucional		
	Garantizar como mínimo el 95% del funcionamiento del sistema de vigilancia en salud pública y el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico, así como la divulgación y remisión oportuna según corresponda a los entes nacionales (Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud).	mantener actualizada la informacion de eventos sujetos a vigilancia epidemiologica institucional		0%		Realizar estudio de brotes y seguimiento a eventos de interes en salud publica	estudiar los brotes que ocurran en la institucion	brotes analizados	0.00%	100%	coordinacion medica y vigilancia epidemiologica institucional		
						realizar reuniones mensuales de COVE y extraordinarias cuando sea necesario	ejecutar la programacion mensual del COVE	% COVES REALIZADOS	95%	95%	Subgerencia cientifica y vigilancia epidemiologica institucional		
						Realizar unidad de analisis a los eventos de notificacion que ameriten seran analizados	analizar los eventos presentados según protocolo	eventos analizados	100%	100%	Subgerencia cientifica y vigilancia epidemiologica institucional		
	Contribuir a la Disminucion la tasa de desnutrición crónica - aguda - global en los niños < de 5 años	Identificar LA poblacion en riesgo y con DNT,	% de eventos identificados	menor o igual a 148.6 X cada 10000 niños < de 5 años		notificar todas las muertes en menores de cinco años cuya causa o causas de muerte registradas en el certificado de defunción, estén relacionadas con la desnutrición severa y/o deficiencias nutricionales.	notificar el 100 de las muertes por DNT en menores de 5 años	eventos notificados	tasa= 386 por 10 mil		vigilancia institucional		
	Disminuir en un 10% la tasa de mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles	auditoria en aplicación de las guias de manejo a los usuarios de la ESE hospital del sarare	% auditorias realizadas	80% programadas		Realizar seguimiento a la aplicación de las guias de manejo de los programas de enfermedades cronicas no transmisibles	verificar la aplicación de las guias de manejo de los programas de cronicas no transmisibles	auditorias realizadas			jefe consulta Externa ,pyp y vigilancia		

Mantener y/o disminuir casos de enfermedades interes en salud publica	captación de sintomaticos respiratorios y de piel	% captacion	%= o > a 87%		realizar busqueda activa institucional de SR y de piel en los usuarios adcritos a la ESE hospital según programación (5% de los mayores de 15 años de la consulta de 1ª vez)	captar los sintomaticos de piel y respiratorios de los usuarios asdcritos a la ESE hospstsl del sarare	% captacion	45%	75%	jefe programa de TB y LEPRO Y VIGILANCIA		
					administrar el tratamiento estrictamente suprizvado a los pacientes inscripos en el programa de lepra y tb	curar los pacientes inscritos al programa de lepra y TB	% curacion	100%	100	jefe programa de TB y LEPRO Y VIGILANCIA		
	Aumentar la tasa de captacion de pacientes con VIH	Tasa X 100000 Habitantes	0%		establecer el procedimiento para la captacion de pacientes seropositivos con el servicio de laboratorio y banco de sangre	Identificar pacientes VIH positivos	% de captacion	100.00%	100	coordinacion medic PYPa y vigilancia epidemiologica institucional		
					Realizar seguimiento a las usuarias nuevas de control prenatal para evaluar la toma de Exámenes especializados para detectar enfermedadesde interes en salud publica	evaluar la solicitud de exámenes especializados para enfermedades de interes en salud publica a las gestantes nuevas inscritas al programa de CPN	% de gestantes con prueba de VIH,HB,SIFILIS TOXOPLASMA	100%	100%	LABORATORIO PYP VIGILANCIA		
					realizar seguimiento a toda gestante vih positiva para garantizar la aplicación del protocolo de manejo	Disminuir la transmisión vertical	% DE NIÑOS SIN VIH	100.00%	100	VIGILANCIA INSTITUCIONAL		
Contribuir a Reducir en un 20% la tasa de morbilidad por enfermedades transmitidas por vectores	Fomento de medidas preventivas para evitar las enfermedades transmitidas por vectores	tasa morbilidad por dengue	mantener o disminuir la tasa de morbilidad	mantener o disminuir la tasa de morbilidad	notificacion inmediata y semanal de todo evento transmitido por vectores mantener actualizado el canal endemico	notificar los eventos trasmitidos por vectores de acuerdo a la periodicidad normativa	%eventos notificados	tasa de letalidad por dengue = 0		VIGILANCIA INSTITUCIONAL		
<p>Estándar 40. Código: (ASEJ1)</p> <p>Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función en un equipo de trabajo; La organiza la suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida.</li> <li>Se realizan interconsultas en forma oportuna y se evalúa la efectividad de las mismas.</li> <li>La organización promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza valoración nutricional.</li> <li>Se tienen en cuenta todos los riesgos principales de los pacientes.</li> </ul> </li> <li>La organización garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su</li> </ul>	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.				elaboracion , socializacion e implementacion del proceso de vigilancia epidemiologica institucional	1 documento elaborado socializado e implementado	documentos elaborados	100.00%	100%	VIGILANCIA INSTITUCIONAL		
	Mantener actualizados los sistemas de información.				Generar Informes estadísticos al día y reportar a los entes a que haya lugar	95 fichas epidemiológicas unidades de analisis de eventos de notificacion reportados	% de fichas y unidades de analisis realizadas e informadas	95%	95%	VIGILANCIA INSTITUCIONAL		
	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				Elaboración perfil epidemiológico 2013 de la institución teniendo en cuenta las 10 primeras causas de atención por todos los servicios	1documento elaborado	documentos elaborados	100.00%	100	VIGILANCIA INSTITUCIONAL		
					Socialización del perfil epidemiológico a lideres de proceso	1 documento elaborado socializado e implementado	documentos elaborados	100.00%	100	VIGILANCIA INSTITUCIONAL		
					Validar el informe de perfil epidemiológico de manera que se ajuste a las diez primeras causas de atención por especialidad	1 documento elaborado socializado	documentos elaborados	100.00%	100	VIGILANCIA INSTITUCIONAL		
				Socialización del perfil epidemiológico a lideres de proceso	documento socializado al 1	100 %lideres con socializacion de documento	100.00%	100	VIGILANCIA INSTITUCIONAL			