

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA													
DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		HUMANIZANDO DEL DESARROLLO 2016-2019											
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2016													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:									
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
MECI-CALIDAD CONTROL INTERNO	Realizar seguimiento al mantenimiento e implementación del Sistema integrado de Gestión	Verificación a la Evaluación del el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad	% cumplimiento	95%	100%	1. Monitoreo Plan de Mejoramiento. 2. Elaboración informe Anual de cumplimiento al MECI 3. Elaboración de informe cutrimestral del cumplimiento al MECI 4. Segimiento a la administración del riesgo 5. Evaluar el cumplimiento en la entrega de informes a entes de control 6. Realización auditorias al SIAU 7. Realizar acciones para el fomento de la cultura de autocontrol	Actividades Planteadas/Actividades ejecutadas	% Cumplimiento	95%	100%	Asesor de Control Interno	Este monitoreo tiene una ejecución con mayor impacto en los procesos de las áreas clínicas.	85%
		Evaluación del Control Interno Institucional	% cumplimiento									Este informe anual, cuatrimestral al MECI fue presentado dentro de los terminos y su evidencia reposa en la pagina wep.	
		Fomento de la cultura de Autocontrol	% cumplimiento									Pendiente por realizar el seguimiento a la administración del riesgo.	
		Evaluación y Seguimiento al Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)	% Cumplimiento de requisitos del SIAU									Se realizo la auditoria al SIAU 2do. semestre 2016 , y la acciones de la cultura al fomentar la cultura autocontrol en el personal nuevo que igresa a la institución mediante la charla de la inducción y reinducción.	
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
MECI-CALIDAD CONTROL INTERNO	Relación con entes de control	Elaboración de informes a entes de control	Cumplimiento al envío en las fechas establecidas	95%	100%	1. Elaboración informe Anual de cumplimiento al MECI 2. Elaboración Informe Control Interno Contable 3. Elaboración Informe a la Contraloría Departamental. 4. Informe de Evaluación por Dependencias. 4. Elaboración de informe cutrimestral del cumplimiento al MECI 5. Elaboración de Informe semestral de seguimiento a derechos de petición quejas y reclamos 6. Elaboración de informes de derechos de autor 7. Evaluación cutrimestral Plan Anticorrupcion 8. Seguimiento y evaluación al Plan de Mejoramiento suscrito con la super salud. 9. Evaluar el cumplimiento en la entrega de informes a entes de control.	Cumplimiento de envío en los terminos establecidos.	No. de informes enviados en fechas establecidas/total de informes a enviar.	95%	100%	Asesor de Control Interno	Se presento el informe anual al MECI, control interno contable, super salud, cuatrimestral del MECI, el derecho autor derecho de autor., peticiones quejas y reclamos 1er semestre 2016, evaluación del plan anticorrupcion periodo 2016, se presentaron los informes a los entes de control en las fechas establecidas.	95%
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
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 áreas de la institución	% cumplimiento plan de auditoria POA	95%	100%	*Realizar el Plan anual de auditorias POA *Presentar el Plan anual de auditorias al comité MECI-CALIDAD *Ejecutar el Plan anual de auditoria	Cumplimiento del POA	Número de auditorías realizadas/Número auditorias programadas	95%	100%	Asesor control Interno	El plan de auditoria se encuentra elaborado y aprobado, el plan de auditoria en proceso de ejecución.	70%
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
		Aumentar la satisfacción del usuario.	% satisfacción de los usuarios	95%		*Realizar seguimiento a contestación de quejas directas *Realizar seguimiento a PQRS *Realización seguimiento oportunidades de mejora identificadas en el informe de satisfacción de los usuarios.	Realizar dos informes de auditoria de seguimiento en la contestación de quejas y reclamos, y seguimiento a acciones de mejora implementadas	Auditorias planeadas/auditorias realizadas	100%	100%	Asesor de Control Interno	Para el caso del seguimiento a las PQRS se ha participado de los comites mas relevantes para la discusión y solución de las mismas.	100%
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	% Cumplimiento	85%	90%	Realizar seguimiento a la implementación del programa de seguridad del pte	Auditoria realizadas/auditorias programadas	% Cumplimiento	NLB	90%	Asesor de Control Interno	Se realizo auditoria al programa de seguridad del paciente	80%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
MECI-CALIDAD	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica.	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Documentos actualizados/total documentos definidos en el proceso.	45%	100%	Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente.	Realizar seguimiento y asesorar los documentos del proceso de seguimiento institucional.	Revisión documento actualizados/total documentos definidos en el proceso.	0	90%	Asesor de Control Interno	Se realizó el seguimiento a los documentos correspondientes al SIG, donde se evidencian pendientes por la actualización algunos procesos de la área administrativa con mayor adherencia en los procesos clínicos.	60%
		Mantener actualizados los sistemas de información.	Actividades ejecutadas/Actividades planeadas	90%	100%	*Realizar seguimiento al Plan de comunicaciones. *Realizar inventarios (seguimiento al sistema de inventarios) *Realizar seguimiento al sistema de correspondencia en cuanto a la recepciones, de quejas reclamos sugerencias y derechos de petición.	Cumplimiento 90% auditorías planeadas	Actividades ejecutadas/Actividades planeadas	90%	100%	Asesor de Control Interno	Se realizó el seguimiento al plan de comunicaciones, apoyo a los inventarios físicos de insumos y activos, y asistencia a los comités del mismo, al sistema de correspondencia en cuanto a las comunicaciones oficiales con necesidad de respuesta y a las PQRS con la misma periodicidad de acuerdo al artículo 76 de la ley anticorrupción.	85%
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con con Control Interno, Calidad y/o calidad en salud	70%	100%	1. Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución. 2. Realizar capacitaciones mediante plataforma virtual DOS por cada colaborador de la dependencia.	Porcentaje de asistencias	Actividades programadas/Actividades ejecutadas	NLB	100%		Se ha asistido a los comités convocados por la institución, puesto que a la fecha no se ha recibido invitaciones a capacitaciones por parte de la organización, y las capacitaciones virtuales los certificados reposan en la historia laboral.	30%
MECI-CALIDAD	<b>Estándar 87, 102, 139. Código: (DIR MMC 1), (GER MCC 1), (GT MCC 1)</b> 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 y el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad. • La comunicación de los	Fortalecer el despliegue y la aplicabilidad de la metodología de análisis causal a todos los niveles de la organización	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa en el desarrollo del ciclo de Acreditación. ESTANDAR MEJORAMIENTO	1,2	1,3	1. Revisión y comparación de metodologías de análisis causal. -Revisar la metodología actual formato SEI-01-F02 y SEI-01-F12 con otras metodologías aplicables.	Comparación Realizada	% cumplimiento de actividades propuestas	0	100%	Grupo MECI-CALIDAD	*Actualización del formato SIS-01-F02 PLAN DE MEJORAMIENTO, ACCIÓN CORRECTIVA/ACCIÓN PREVENTIVA CON ANÁLISIS CAUSAL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL con su respectivo instructivo para su diligenciamiento. * Capacitación sobre la metodología, la importancia de la documentación de los procedimientos por procesos en los SIG.	50%
						2. REVISAR la metodología de análisis causal. -Documentar el procedimiento	Documento ANALISIS CAUSAL (Gestión de oportunidades de mejora)	Documento realizado	NLB	Documento realizado			
						3. Despliegue de la metodología de análisis causal.	Dar a conocer a los colaboradores y líderes de proceso la metodología de análisis causal	% de despliegue de metodología de análisis causal # colaboradores capacitados/total colaboradores	NLB	*socializar metodología del 60% a colaboradores *Socializar metodología al 100% a líderes de proceso.			
						4. Evaluar el uso y aplicabilidad de la metodología de análisis causal.	Realizar auditoría del cumplimiento de procedimiento definido	Auditoría realizada	NLB	Informe de Auditoría			
						5. Implementación de acciones de mejora acorde a los resultados presentados de la aplicación de la metodología.	% cumplimiento de acciones de mejora del informe de auditoría	acciones de mejora implementadas/acciones de mejora planteadas en el informe.	NLB	90 de cumplimiento de las acciones de mejora			

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
MECI-CALIDAD	Estándar 154. Código: (MCC1) Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual: Criterios: • Tiene un enfoque sistémico. • Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional. • Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación. • Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoria y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes. • Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los	1. Diseñar un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo institucional de la calidad orientado hacia los resultados donde se articule: - Incluir las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del SUA, integrando las oportunidades de mejora de los diferentes sistemas de gestión de la organización - definir los responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora. - Determinar los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación,	Promedio de la calificación de la autoevaluación cunitativa en el desarrollo del ciclo de Acreditación. ESTANDAR 154	1	1,3	1. Reunion con lideres de proceso y estandares para articular los planes de mejora de todas las autoevaluaciones y la relación con otros sistemas y determinar los indicadores a medir. *Realizar reunión con lideres de proceso *Concertar y definir indicadores con los lideres de proceso. *Articulación de planes de mejora  2. Elaborar el documento formal que defina el desarrollo del proceso: a. Elaborar un procedimiento de PLANEACION DEL MEJORAMIENTO CONTINUO, que incluya <u>oportunidades de mejora</u> identificadas la evaluacion del cumplimiento de estandares de acreditación, las identificadas en monitoreo y seguimiento a procesos y seguimiento a indicadores, las de procesos de referenciación, las definidas en los planes de mejoramiento interno y entes de control, etc. b. Unificar el formato de Plan de mejoramiento, Acción preventiva acción correctiva, etc. c. Definir los indicadores de seguimiento del plan de mejora unificado d. Medición de los indicadores definidos y su impacto sobre el usuario y su familia.	Concertación y Definición de indicadores seguimiento a las oportunidades de mejora, con lideres de proceso.	No. de reuniones ejecutadas/No. reuniones planedas	NLB	100%	Asesor Control Interno	Se inicio la evaluacion de los estandares de habilitación por lo que esta actividad queda en proceso para vigencia del 2017.	30%
	Estándar 155. Código: (MCC2) La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales: • Son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de	Diseñar la metodología desde gerencia para ejecutar los planes de mejora articulados con los criterios del estándar.	Promedio de la calificación de la autoevaluación cunitativa en el desarrollo del ciclo de Acreditación. ESTANDAR 155	1	1,4	A través de reuniones donde se plantee como los lideres han definido su trabajo al interior del estandar o las directrices sugeridas desde gerencia para establecer las fechas de seguimiento, como se van a realizar los mismos, que documentación se va revisar como evidencias de los seguimientos, empleando la metodología para enfoque al usuario y orientación al riesgo.	Priorizar oportunidades de mejora definidas en el desarrollo del proceso. Ejecución y monitoreo de las oportunidades de mejora priorizadas.	Oportunidades de mejora realizadas/Total de oportunidades de mejora % ejecutado (plan de mejora)	NLB	80%	Gerente Sugerencias Control Interno	Se evidencia reuniones periodicas con algunos lideres de proceso, para tratar temas referentes al mejoramiento continuo, sin embargo se presentaron dificultades puesto que no estan definidos todos los lideres de los procesos. Pendiente por realizar las actividades de oportunidad de mejora y la ejecución y monitoreo de las mismas.	15%
	Estándar 157. Código: (MCC4): Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran: Criterios: • Comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, según aplique. • Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal. • Los canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a	Definir la metodología y estrategias de comunicación de los resultados del mejoramiento al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad.	Promedio de la calificación de la autoevaluación cunitativa en el desarrollo del ciclo de Acreditación. ESTANDAR ME 157	1	1,3	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.  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.	Participar en la reuniones programadas con empresas que prestan servicios tercerizados con el fin de presentar los reslutados de meioramiento.  Establecer canales de comunicación que permitan captar el mayor numero de recepteros (usuarios y familiares)	No de reuniones realizadas/ No de reuniones programadas  No de estrategias realizadas/No de estrategias programadas	NLB	90%	Subgerente Cientifico Seguimiento Institucional  Subgerente Cientifico coordinación medica Imagen corporativa Seguimiento Institucional	No se evidencia reuniones con empresas tercerizadas( vigilantes y Cocina). Sin embargo se realizaron reuniones no documentadas con los especialistas por quejas periodicas	10%
	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					1. Realizar revision de la resolución del comité de etica para ajustar integrantes, funciones y periodicidad de reunión.	Seguimiento del comité de Etica Hospitalario	Acto Administrativo de conformación de Comité de etica ajustado	NLB	Acto Administrativo de conformación de Comité de etica ajustado	Control Inteno		0%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
MECI-CALIDAD	<p>organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p> <p>Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.</li> <li>La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.</li> <li>El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.</li> <li>La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.</li> <li>Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación</li> </ul>	1. Realizar revisión y ajuste del código de ética y buen gobierno	Promedio de la calificación de la autoevaluación cunitativa en el desarrollo del ciclo de Acreditación. ESTANDAR 1	1	1,5	2. Realizar seguimiento un ajuste preliminar al código de ética y buen gobierno.	Seguimiento a la actualización del Código de Ética y el Código de buen gobierno.	Documento actualizados/ documentos por actualizar	NLB	100%	Control Inteno		0%
						3. Citar comité de ética para revisión final y aprobación del código de ética y buen gobierno.	Seguimiento a la aprobación de Código de Ética y el Código de buen gobierno	Código de Ética y el Código de buen gobierno aprobado	NLB	Código de Ética y el Código de buen gobierno aprobado	Comité de ética		0%
						4. Definir estrategias de socialización del documento a colaboradores, usuarios y familia. *Definir en un documento, estrategias de socialización en conjunto con el comité de MECI-CALIDAD e imagen corporativa.	Hacer seguimiento al documento y aprobar estrategias de socialización del código de ética y código de buen gobierno.	Documento elaborado	NLB	Documento elaborado	Control Interno Imagen Corporativa		0%
						5. Socializar a colaboradores ,usuarios y familia	Realizar seguimiento a la ejecución del 100% de la estrategias definidas en el documento estrategias de socialización del código de ética.	No estrategias ejecutadas/ No de estrategias definidas	NLB	100%	Control Interno Imagen Corporativa		0%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
<b>SUBPROGRAMA</b>													
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	Se realizo inventarios de activos fijos de todas las areas de las institución con su respectiva actualizacion en el sistema, excepto la actualización del area de urgencias. Por otra parte No se realizó inventario de los puestos de Salud	94%
							REALIZAR TRIMESTRALMETE INVENTARIOS DE LOS ELEMENTOS DE CONSUMO Y MEDICAMENTOS	INVENTARIO REALIZADO/INVENTARIOS PROGRAMADOS	90%	95%		SE REALIZA INVENTARIO DE LOS INSUMOS PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS (MEDICAMENTOS, MATERIAL MEDICO QUIRURGICO, LABORATORIO, ODONTOLOGIA), ASI COMO DE LOS CONTENIDOS EN LAS CUENTAS DE GASTOS DIFERIDOS( PAPELERIA, REPUESTOS DE EQUIPOS BIOMEDICOS, REPUESTOS DE VEHICULOS,ASEO, ETC)	95%
						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.	90%	95%		Los bienes son distribuidos conforme al documento solicitud de pedido establecido por la institucion	95%
						REGISTRAR SISTEMATICAMENTE CADA UNO DE LOS MOVIMIENTOS DE BIENES ADQUIRIDOS POR EL HOSPITAL DEL SARARE Y QUE INGRESAN AL ALMACEN	100%	BIENES REGISTRADOS /BIENES ADQUIRIDOS.	95%	100%		Los bienes adquiridos por la institución que ingresan por medio de contrato son registrados sistemáticamente en su totalidad. Incluyendo los que son comprados por por caja menor	96%
						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 CUMPLE CONFORME AL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO TOMA DE TEMPERATURA, REALIZANDO DOS TOMAS DIARIAS	100%
						REVISAR Y AJUSTAR LOS STOP MÍNIMOS SEGÚN HISTORICO DE CONSUMO	REALIZAR INVENTARIO FISICO ALEATORIO	STOP REVISADOS Y AJUSTADOS/TOTAL DE STOP	90%	95%		SE REALIZA INVENTARIO DE STOP MINIMO PERO POR SITUACIONES AJENAS NO SE CUMPLE CON EL STOP MINIMO	95%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
ALMACEN Y SUMINISTROS	Estándar 130. Código: (GT 1) La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología. <b>CRITERIOS</b> • Aspectos normativos. • Análisis de la relación oferta-demanda. • Necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud. • Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución. • Condiciones del mercado. • El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología. • El análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: evidencias de Seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva. • La articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología. • La definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y	Diseño e implementación de un proceso de planeación de la gestión y la evaluación de la tecnología.	Promedie de la calificación de estándares de del estándar	1,4	1. Apoyo a la deficiencia de los aspectos normativos aplicables a la organización para la puesta en funcionamiento del programa de tecnovigilancia. 2. Apoyo a desarrollar el análisis de la relación oferta-demanda. Identificar de necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud, condiciones del mercado, el análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología. 3. Recepcionar y apoyar el análisis 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. 4. Asistir a las reuniones que se nos invite para diseños del plan arquitectónico que facilite la articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología. Definir las condiciones que deben cumplir la adquisición de tecnología frente a las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios. 5. Fortalecer el proceso de inducción, reinducción y entrenamiento frente al uso adecuado de la tecnología			60%	75%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN	Se realizó la adecuación de una bodega de almacenamiento de insumos de diagnóstico in vitro y cadena de frío, cumpliendo con los lineamientos exigidos por el INVIMA y la normatividad vigente. Se implementó el formato de Recepción técnica de medicamentos, dispositivos médicos, reactivos, e insumos para garantizar la calidad de los elementos recepcionados. Se debe realizar una nueva adecuación para aumentar el porcentaje de cumplimiento. Además se cuenta con manual de Tecnovigilancia, el cual es manejado por una ingeniera biomédica, que hace seguimiento y control	60%	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
ALMACEN Y SUMINISTROS	Estándar 135. Código: (GT 6) La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología en la que se incluye: CRITERIOS • Análisis de los costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar. • Beneficios en comparación con nuevas tecnologías. • Confiabilidad y seguridad. • Facilidad de operación. • Articulación con el direccionamiento estratégico. • Facilidades y ventajas para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige	Diseñar e implementar un política de gestión de la tecnología que contenga los criterios para la renovación de la misma.	Promedie de la calificación de estándares de del estándar	1,4		1.Apoyar a la definición e identificación los riesgos a nivel organizacional frente al uso de la tecnología 2. Apoyo al diseño de herramientas y metodologías para identificar, priorizar, gestionar, evaluar e intervenir los riesgos asociados al uso de la tecnología 3. Apoyo a la priorización de los riesgos a nivel organizacional frente al uso de tecnología 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. 5.Apoyo a la identificación de barreras organizacionales que minimicen los riesgos administrativos, asistenciales y gerenciales 6 evaluación de la política de gestión de la tecnología a través de la materialización de los riesgos identificados en misma. y toma de acciones que corrijan las desviaciones.			0	50%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN		0%
	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	4. Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso			Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	EVALUAR LAS GUIAS MANUALES Y FORMATOS DEL PROCESO Y AJUSTARLOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE	DOCUMENTOS ACTUALIZADOS/TOTAL DOCUMENTOS REQUERIDOS DEL PROCESO	0,6	0,7	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS	Se realizó la creación de Cuatro procedimientos para el Área, (toma de temperatura y Humedad, semforización de Insumos y reactivos, Recepción de Insumos, Almacenamiento de Insumos), se Actualizaron los formatos de toma de temperatura y humedad relativa y recepción técnica de insumos	0,6
		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.		0,98	1	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS	SE REALIZAN LAS ORDENES DE DESPACHO E INGRESOS PERIODICAMENTE SEGÚN LA NECESIDAD DE LOS SERVICIOS Y/O DEPENDENCIAS, PARA LO CUAL YA SE TIENEN TODOS LOS CENTROS DE COSTOS CREADOS EN EL SISTEMA.	0,95
						Realizar depuración del Sistema	REALIZAR INVENTARIO DE ACTIVOS. REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA REALIZACIÓN DE BAJAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS/ ACTIVIDADES PLANEADAS	0,8	0,9		EN EL MES ABRIL SE REALIZÓ LA REUNIÓN PARA DAR DE BAJA A LOS ACTIVOS CORRESPONDIENTES AL PRIMER TRIMESTRE, EN EL MES DE JUNIO SE REALIZÓ LA SEGUNDA DE ACUERDO A LA REUNIÓN PARA LOS ACTIVOS CORRESPONDIENTES AL SEGUNDO TRIMESTRE, Y SE REALIZÓ LA BAJA CORRESPONDIENTE AL ÚLTIMO TRIMESTRE EN EL MES DE NOVIEMBRE	0,9
		6. Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	promedio de asistencia de personal de partos/total de personal		0,9	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con el proceso	2 CAPACITACIONES EN CURSOS ACORDES AL PROCESO PARA TODO EL PERSONAL DEL ÁREA.	CURSOS REALIZADOS/CURSOS PLANEADOS	0,33	1	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS	SE HA REALIZADO UNA CAPACITACIÓN POR UN TÉCNICO ADMINISTRATIVO EN NORMAS TRIBUTARIAS	0,166666667

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
FACTURACION	FORTALECIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL PROGRAMA DE FACTURACION	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	95% de facturación completa para cobro de los soat.	Total de SOAT, ingresados/ total de SOAT facturados	90%	95%	FACTURACION	se escanea la documentación como soporte de la factura y soportes del sistema de información (DINAMICA GERENCIAL)	90%	
			programar capacitación constante al personal seleccionado	80%	90%	capacitar periódicamente sobre el desarrollo del programa y realizar reuniones periódicas para subsanar las dudas, y socializar normatividad vigente y aplicar los cambios correspondientes.	95% del cumplimiento de las capacitaciones	numero de reuniones programadas/numero de reuniones realizadas	80%	90%	SISTEMAS Y COORDINACION DE FACTURACION Y TALENTO HUMANO	las reuniones se realizan con el personal cada mes, Se realiza retroalimentación con el área, y acondicionamientos de procesos interactuando con las demás áreas del hospital	92%
			Mejorar la imagen corporativa	95%	100%	identificar factores que inciden en la inadecuada prestación de los servicios, sus consecuencias, y que generan reprocesos.	optimizar la prestación de los diferentes servicios en cada una de las sedes	numero de clientes atendidos/numero de clientes insatisfechos	95%	100%	TALENTO HUMANO, SERVICIO AL CLIENTE Y LIDERES DE PROCESO, FACTURACION	se coordina con el personal de facturación y siau, la adecuación del servicio para la respectiva atención y satisfacción al usuario	95%
		Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	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 conceptos	total facturas registradas/total facturas anuladas	8500%	90%	COORDINADOR FACTURACION	se ha mejorado el proceso a través de retroalimentación con cuentas médicas, auditoría y auxiliares administrativos	95%
			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	9000%	95%	COORDINADOR FACTURACION	se ha reducido las quejas durante el periodo en razón a que se estableció consulta especializada a parte de los demás servicios, disminuyendo los tiempos de espera en los usuarios.	93%
			Establecer puntos de facturación en cada uno de las áreas de hospitalización	40	90%	redistribución de funciones para mejorar el servicio al ingreso y salida de los usuarios hospitalizados	identificar la empresa responsable de pago de los servicios y generar facturas limpias	% de la efectividad de facturas soportadas completamente	40%	90%	COORDINADOR FACTURACION	Se realizó el proceso de descentralización de facturación en admisiones en urgencias y hospitalización	90%
			Alimentar mensualmente con las bases de datos de las empresas el sistema de información.	80%	90%	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	80%	90%	COORDINADOR FACTURACION	las empresas no envían a tiempo las bases de datos al no poseer contratos vigentes.	60%
			realizar una capacitación mensual por parte de talento humano para efectos de maximizar la prestación de los servicios	40%	70%	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.	numero de capacitaciones planeadas/numero de capacitaciones realizadas	40%	70%	TALENTO HUMANO Y COORDINADOR DE FACTURACION	se ha venido realizando capacitación sobre la contratación actual, sobre la normatividad vigente y atención al público. Se viene instruyendo al personal de facturación sobre los diferentes portales de las empresas para así generar menos traumatismos a usuarios solicitando documentación para las salidas de hospitalización.	70%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
PLANEACION	Estándar 76. Código: (DIR 2) La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación. <b>CRITERIOS</b> • Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados. • La organización garantiza la formulación participativa del plan estratégico, a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico de la organización. • Los planes estratégicos y operativos son aprobados en la instancia que corresponda. • Se han asignado y aprobado recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación. • Existe un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico. • La junta directiva evalúa el cumplimiento del plan estratégico.	Estandarizar la formulacion del plan estrategico a partir del direccionamiento estrategico que a su vez garantice la divulgación, seguimiento y evaluación.	Promedio de calificacion de los estandares del SUA	Calificacion de acuerdo a la resolucion 123 de 2012		Diseño de un procedimiento que defina la construcción participativa de planes estratégicos, de acción y operativos de la organización. Establecer la metodología de divulgación, seguimiento y evaluación. • desarrollo de un proceso de priorización, ejecución y evaluación del plan • definición del procedimiento de asignación y distribución de recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación. • establecer un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico.	Manual de elaboración planes estratégicos, de acción y operativos de la organización.	15%	80%	Planeacion	Se encuentra en realización de documentos del proceso, manual evaluación plataforma estratégica, plan de desarrollo, plan de acción	40,00%	
	Estándar 136. Código: (VICCJ). Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización. <b>Criterios:</b> • Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo. • Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. • Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento de mejoramiento • Hace seguimiento periódico a la	diseñar e implementar un proceso para la monitorización del mejoramiento de la calidad, que incluya • un método formal y permanente de evaluación y análisis . • patrones no deseados de desempeño que sean analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. • Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento • Hace seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros.	Promedio de calificacion de los estandares del SUA	Calificacion de acuerdo a la resolucion 123 de 2012		establecer las fechas de los seguimientos a los planes de mejora, con todas las actividades que hayan sido definidas en el documento de monitorización	Cronograma de seguimiento	20%	60%	Planeacion	Se encuentra en realización de documentos del proceso	10,00%	
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	Evaluar metodologías de seguimiento de indicadores y establecerla en la institución	Planeacion				Se realizó evaluación de Algunos estandares debido a que la institución no tiene definido en su totalidad los líderes de preceso							30,00%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
PLANEACION	Realizar evaluación y seguimiento a los diferentes planes que tienen el hospital suscritos	Monitorear estadística del plan de desarrollo institucional	Porcentaje de cumplimiento	numero de evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas		Actualizar trimestralmente el Estado del Plan de Desarrollo Institucional	Comparar trimestralmente metas del Plan de Acción con metas alcanzadas y formular los ajustes pertinentes.	75%	75%	Planeacion	A la fecha no se cuenta con plan de desarrollo, se esta en proceso de elaboracion del plan no se cuenta con el plan de desarrollo municipal ni plan territorial de salud a la fecha la alcaldia le esta realizando ajustes	30,00%	
		Monitorear estadística del plan de Accion institucional	Porcentaje de cumplimiento			Orientar y acompañar a los responsables en la formulación de sus planes de acción respectivos.	Asesorar a líderes y/o personal en la formulacion de los planes de accion	100%	100%	Planeacion	Se realizó asesoría en formulacion de planes de Accion	100,00%	
		Evaluar y actualizar el Plan Bienal de Inversiones	Porcentaje de cumplimiento			Evaluar el cumplimiento en la ejecución de las inversiones en infraestructura y dotación de servicios objeto de control.		100%	100%	Planeacion		100,00%	
		Porcentaje de cumplimiento			Elaborar propuesta de ajuste para la vigencia		100%	100%	Planeacion		100%		
	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		Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar y socializar los documentos del proceso	15%	100%	Planeacion	Se encuentra en realizacion de documentos del proceso	30%	
		Mantener actualizados los sistemas de información.				Llevar al día evaluación de indicadores de los diferentes planes que cuenta la institucion		40%	100%	Planeacion		40%	
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Porcentaje de asistencia	promedio de asistencia de personal de partos/total de personal		Capacitar al personal sobre aspectos relacionados	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion en aspectos relacionados con atencion al usuario Realizar por lo menos una capacitacion mediante plataforma virtual sobre temas relacionados	100%	100%	Planeacion		100%	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
MANTENIMIENTO	SUBPROGRAMA:												
	Estándar 130. Código: (GT 1) La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología. CRITERIOS • Aspectos normativos. • Análisis de la relación oferta demanda. • Necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud. • Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución. • Condiciones del mercado. • El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología. • El análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: evidencias de Seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a	Diseño e implementación de un proceso de planeación de la gestión y la evaluación de la tecnología,	promedio cumplimiento estandar de acreditacion			1. Identificar las necesidades de pagadores , usuarios y equipo de salud, condiciones del mercado, el análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología. 2. 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. 3. 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. 4. Fortalecer el proceso de inducción, reinducción y entrenamiento frente al uso adecuado de la tecnología.	Manual de Gestion y/o mejora de la tecnologia	manual elaborado y aprobado	50%	100%	Ingeniera Biomedica	Se reporto en el primer trimestre el informe de los reportes de los eventos adverbos con los dispositivos medicos. Adicionalmente se informa ante la unidad administrativa de salud de araruca y el Invima. Por otra parte, se realiza el proceso de induccion y capacitacion para el manejo adecuado de los dispositivos medicos.	100,00%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
MANTENIMIENTO	Estándar 135. Código: (GT 6) La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología en la que se incluye: CRITERIOS • Análisis de los costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar. • Beneficios en comparación con nuevas tecnologías. • Confiabilidad y seguridad. • Facilidad de operación. • Articulación con el direccionamiento estratégico. • Facilidades y ventajas para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige	Diseñar e implementar una política de gestión de la tecnología que contenga los criterios para la renovación de la misma.				1. Definir e identificar los riesgos a nivel organizacional frente al uso de la tecnología 2. Diseño de herramientas y metodologías para identificar, priorizar, gestionar, evaluar e intervenir los riesgos asociados al uso de la tecnología 3. Priorización de los riesgos a nivel organizacional frente al uso de tecnología 4. Disponer de los recursos financieros, técnicos y humanos para la minimización del riesgo asociado al uso de la tecnología. 5. Identificación de barreras organizacionales que minimicen los riesgos administrativos, asistenciales y gerenciales 6. Evaluación de la política de gestión de la tecnología a través de la materialización de los riesgos identificados en misma y toma de acciones que corrijan las desviaciones.	Implementar Actividades y protocolos frente al uso de la tecnología, identificando los principales niveles de riesgo. Y realizar seguimiento, gestionar recursos para llevar a cabo estas actividades	protocolos elaborados e implementados /total de protocolos elaborados	30%	100%	Ingeniera Biomedica	Se reporto en el primer trimestre el informe de los reportes de los eventos adversos con los dispositivos medicos. Adicionalmente se informa ante la unidad administrativa de salud de araruca y el Invima. Por otra parte, se realiza el proceso de induccion y capacitacion para el manejo adecuado de los dispositivos medicos.	60%
	Estándar 138. Código: (GT 9) La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.	Diseño, aplicación y evaluación de guías y/o protocolos de manejo clínico. que contengan el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, rehabilitación	implementacion de guías tecnicas para el adecuado manejo de los equipos biomedicos			1. Diseño de guías de uso de la tecnología, a través de la identificación de cada uno frente al apoyo resolutivo o diagnóstico de la situación de salud de los usuarios, Identificación del riesgo de cada equipo para que sea incluido en la guía rápida de manejo de equipos biomédicos, 2. Diseño de un mecanismo de evaluación a la adherencia de las guías de manejo rápido de equipos, ajuste al proceso de adherencia a las guías a corde a los resultados presentados.	Plantear guías que determinen el riesgo frente al manejo de la tecnología, e implementar criterios de evaluación	guía elaborada y aprobada	10%	80%	Ingeniera Biomedica	Se reporto en el primer trimestre el informe de los reportes de los eventos adversos con los dispositivos medicos. Adicionalmente se informa ante la unidad administrativa de salud de araruca y el Invima. Por otra parte, se realiza el proceso de induccion y capacitacion para el manejo adecuado de los dispositivos medicos.	0,00%
							numero de personas que aplican la guía/número de personas evaluadas	10%	80%	Ingeniera Biomedica	Se reporto en el primer trimestre el informe de los reportes de los eventos adversos con los dispositivos medicos. Adicionalmente se informa ante la unidad administrativa de salud de araruca y el Invima. Por otra parte, se realiza el proceso de induccion y capacitacion para el manejo adecuado de los dispositivos medicos.	0,00%	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
MANTENIMIENTO	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfoque de riesgo.</li> <li>• Mejoramiento de la seguridad industrial.</li> </ul> </li> <li>• Preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos.</li> <li>• La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades y considerando el balance entre oferta y demanda.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• La organización tiene diseñado, difundido e implementado un plan que garantiza la protección a los usuarios y a los colaboradores.</li> </ul> </li> <li>• Programas de prevención dirigidos a los usuarios y los funcionarios para riesgos biológicos, químicos, de radiación, mecánicos, etc.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones para la humanización del ambiente físico.</li> </ul> </li> </ul>	Evaluar la efectividad del Plan de Mantenimiento				Actualizar el Manual de Mantenimiento Preventivo Programado para la infraestructura física y dotación de la tecnología	Mantener actualizado el Manual de Mantenimiento Preventivo Programado para infraestructura física y dotación de la tecnología.	Actualizado y Socializado	80%	100%	Ingeniera Biomedica	Se reporto en el primer trimestre el informe de los reportes de los eventos adversos con los dispositivos medicos. Adicionalmente se informa ante la unidad administrativa de salud de araruca y el Invima. Por otra parte, se realiza el proceso de induccion y capacitacion para el manejo adecuado de los dispositivos medicos.	82,00%
						Actualizar Plan de Mantenimiento y/o cronograma de ( Infraestructura física, muebles y enceres de uso administrativo y asistencial)	Implimentar el plan de Mantenimiento cronograma (y/o Infraestructura física, muebles y enceres de uso administrativo y asistencial)	plan de mantenimiento (y/o cronograma elaborado y aprobado	100%	100%	Ingeniera Biomedica	Se reporto en el primer trimestre el informe de los reportes de los eventos adversos con los dispositivos medicos. Adicionalmente se informa ante la unidad administrativa de salud de araruca y el Invima. Por otra parte, se realiza el proceso de induccion y capacitacion para el manejo adecuado de los dispositivos medicos.	90,00%
						Solicitar Oportunamente la asignación de Recursos Humanos y Financieros al Cumplimiento del Plan de Mantenimiento	Gestionar, evaluar y solicitar recursos para el cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de los equipos Biomédicos y la infraestructura Física.	Número de solicitudes realizadas / Número de solicitudes aprobadas			Ingeniera Biomedica	Se reporto en el primer trimestre el informe de los reportes de los eventos adversos con los dispositivos medicos. Adicionalmente se informa ante la unidad administrativa de salud de araruca y el Invima. Por otra parte, se realiza el proceso de induccion y capacitacion para el manejo adecuado de los dispositivos medicos.	90,00%
						Efectuar Seguimiento al Plan de Mantenimiento, definiendo semestralmente el indicador de cumplimiento	Verificacion interna para evaluar de forma periodica la ejecución del plan de mantenimiento	Número de mantenimiento ejecutados /número de mantenimientos programados	80%	100%	Ingeniera Biomedica	Se reporto en el primer trimestre el informe de los reportes de los eventos adversos con los dispositivos medicos. Adicionalmente se informa ante la unidad administrativa de salud de araruca y el Invima. Por otra parte, se realiza el proceso de induccion y capacitacion para el manejo adecuado de los dispositivos medicos.	95,00%
						Rendir informes de cumplimiento de Plan de Mantenimiento cuando sean solicitados por la Subgerencia administrativa.	Elaborar oportunamente informes del cumplimiento del plan de mantenimiento	Númerode informes presentados / Número de informes solicitados	50%	80%	Ingeniera Biomedica	Se reporto en el primer trimestre el informe de los reportes de los eventos adversos con los dispositivos medicos. Adicionalmente se informa ante la unidad administrativa de salud de araruca y el Invima. Por otra parte, se realiza el proceso de induccion y capacitacion para el manejo adecuado de los dispositivos medicos.	100,00%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
MANTENIMIENTO	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.				Adecuar la infraestructura de acuerdo a las necesidades de manera que se tenga en cuenta el respeto a la dignidad de pacientes, usuarios y familia.	Recibir las solicitudes vía telefónicas y por escrito para ejecutarlas las actividades de mantenimiento de manera oportuna.	Número de solicitudes recibidas/Número de solicitudes atendidas oportunamente	80%	90%	Ingeniera Biomedica	Se reporto en el primer trimestre el informe de los reportes de los eventos adversos con los dispositivos medicos. Adicionalmente se informa ante la unidad administrativa de salud de araruca y el Invima. Por otra parte, se realiza el proceso de induccion y capacitacion para el manejo adecuado de los dispositivos medicos.	90,00%
						Ajustar canales de informacion agiles	cumplir oportunamente a las solicitudes de acciones preventivas y/o correctivas solicitadas	numero de acciones preventivas/correctivas < a 5 dias/número de solicitudes	80%	100%	Ingeniera Biomedica	Se reporto en el primer trimestre el informe de los reportes de los eventos adversos con los dispositivos medicos. Adicionalmente se informa ante la unidad administrativa de salud de araruca y el Invima. Por otra parte, se realiza el proceso de induccion y capacitacion para el manejo adecuado de los dispositivos medicos.	75,00%
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.			Revisar la documentación del proceso de mantenimiento y actualizarla de acuerdo a la normatividad vigente	actualizar los documentos y socializarlos con el personal de area	numero de documentos socializados/numero de documentos	60%	80%	Ingeniera Biomedica	Se reporto en el primer trimestre el informe de los reportes de los eventos adversos con los dispositivos medicos. Adicionalmente se informa ante la unidad administrativa de salud de araruca y el Invima. Por otra parte, se realiza el proceso de induccion y capacitacion para el manejo adecuado de los dispositivos medicos.	30,00%	
		Mantener actualizados los sistemas de información.			Llevar indicadores al día	actualizar los indicadores de acuerdo a la periodicidad	indicadores reportados a tiempo /numero de indicadores	20%	70%	Ingeniera Biomedica	Se reporto en el primer trimestre el informe de los reportes de los eventos adversos con los dispositivos medicos. Adicionalmente se informa ante la unidad administrativa de salud de araruca y el Invima. Por otra parte, se realiza el proceso de induccion y capacitacion para el manejo adecuado de los dispositivos medicos.	0,00%	
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.			Capacitar al personal sobre necesidades del ambiente físico, mantenimiento hospitalario, mantenimiento biomedico y el adecuado uso de la herramienta como instrumento de trabajo.	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion	numero de personal soliticada a capacitaciones/numero de capacitaciones programadas	100%	100%	Ingeniera Biomedica	Se reporto en el primer trimestre el informe de los reportes de los eventos adversos con los dispositivos medicos. Adicionalmente se informa ante la unidad administrativa de salud de araruca y el Invima. Por otra parte, se realiza el proceso de induccion y capacitacion para el manejo adecuado de los dispositivos medicos.	25,00%	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
ESTADISTICA	Notificar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica-SIVIGILA los eventos de interés en Salud Pública que se presenten en las diferentes Sedes del Hospital del Sarare.	Mantener la notificación semanal	Porcentaje de cumplimiento de notificación			Notificar los eventos de interés en salud publica a la Unidad Notificadora Municipal por medio de archivos planos.	Realizar la notificación semanal a la UNM por medio de archivos planos todos los lunes antes de las 15:00	Número semanas epidemiológicas reportadas en archivos planos / No. De semanas epidemiológicas X 100	100%	100%	LIDER DEL PROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA TECNICO ADMINISTRATIVO O ESTADISTICA AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Mejorar el servicio de internet e incluir en el plan de contingencia	100%
						Suministrar certificados antecedente de nacido vivo y defuncion a los servicios que lo requieren.	Llevar un control de los certificados de nacido vivo y defuncion	No, de nacidos vivos y defunciones registrados / Numero de certificados de nacido vivo y defunción antecedente para el registro civil entregados X 100	100%	100%	LIDER DEL PROCESO TECNICO ADMINISTRATIVO O ESTADISTICA. AUXILIAR DE INFORMACION EN SALUD	Se cumple con el valor esperado para la finacizacion del año	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			Revisar y confirmar en la página WEB la información digitada por el médico.	Ejecutar el 100% de la revision periodicamente Verificar y corregir las inconsistencias encontradas	Número de certificados de nacido vivo y defuncion registrados / No de nacidos vivos y defunciones revisados y confirmados X 100	100%	100%		Se cumple con el valor esperado para la finacizacion del año	100%
						realizar la captura del certificado de nacido vivo y defuncion via wb	el personal medico debe realizar la captura del certificado nacido vivo y defuncion via web, inmediateamente ocurra el hecho	Número de certificados de nacido vivo y defuncion registrados oportunamente/ Número total de certificados de nacidos vivos y defunciones diligenciados X 100	72%	100%	CORDINADOR MEDICO	Se ha aumentado la oportunidad por los planes de mejora que se han realizado por el Comité de Estadísticas vitales	79,08%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
ESTADISTICA						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	26%	28%	AUXILIAR DE INFORMACION EN SALUD	Durante una semana no se registro por falta de insumos.	25,20%
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.				Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Actualizar documentacion					Se actualizo los procedimientos con respecto al subproceso de estadística y de vigilancia epidemiológica	
	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica.	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Realizar capacitacion sobre aspectos relacionados con el area de estadística	70%	100%	1. Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion. 2. Realizar capacitaciones mediante plataforma virtual UNA por cada colaborador de la dependencia.	Porcentaje de asisitencia	Actividades programadas/ Actividades ejecutadas	NLB	100%	TECNICO ADMINISTRATIVO O AUXILIAR EN EL AREA DE SALUD AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Se ha realizado capacitacion en Sivigila en Arauca, convocado por la UAESA, Capacitacion en Carrera Administrativa1.Ahorro y uso eficiente del gua y energia. 2 Acoso Laboral. 3.Diligenciamiento de certificados de nacido vivo y defuncion. 4 Lineamientos y software SIVIGILA 2016. 5. Eventos inmunoprevenibles, SIVIGILA y SIANIESP 2016. 6. Organización del puesto de trabajo 7. Gestion Documental.8. Manejo integral de residuos hospitalarios y similares.9. La Tecnico en Estadística realizo Tecnicas de la comunicacion a nivel tecnico y servicio al cliente, en el SENA	100%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
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 e historias clínicas inactivas	Seguimiento y control de actividades archivísticas a realizar, mediante normas vigentes.			Servicio de consulta y prestamo	Realizar Seguimiento a documentos en calidad de prestamo ; Conservar y custodiar para evitar deterioro y perdida documental.	Prestamo oportuno	100%	100%	Tecnico Administrativo y Auxs de Archivo	todos los documentos en calidad de prestamo se escriben en formato prestamo de documentos y se da estricto cumplimiento	100%
						Manejo y control basico de archivo; 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.	100%	100%		La aplicación en algunas les falta el cumplimiento normas (foliacion y diligenciamiento FUID)	90,00%
						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	70%	80%		No cumplimos en su totalidad, debido a que no todos los depositos se cumple con la normatividad (los estantes estan en madera)	70,00%
						Brindar Capacitación a responsables de archivos	Capacitar bajo parametros archivisticos	Capacitar e ilustrar para mejorar el manejo organizacional de los archivos de gestión.	100%	100%		Se ha realizado capacitacion a cada uno de los responsables de archivo de gestion , para un total de dos capacitaciones al año, las cuales se realizan 1 cada semestre	100,00%
	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.			Recepción y radicación de comunicaciones oficiales	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	95%	100%	Tec. Atvo y Aux. Adrtrativo de la unidad de correspondencia	Todas las comunicaciones son entregadas a los responsable a quien se dirige las solicitudes	95%
	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			Realización de reuniones Trimestrales	Convocar al Comité de Archivo Institucional	Efectividad en el reporte de actividades archivísticas bajo Actas de reuniones	100%	100%	Técnico Administrativo	se evidencia actas de comité primario, comité de archivo	100%
	GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJO PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	Gestionar oportunamente ante los responsables de archivos de gestión la ejecución del cronograma de Transferencias .	Presentar Cronograma de transferencias primarias.implem ntando la aplicación de Tablas de Retención Documental (TRD )			Gestionar el cumplimiento del respectivo cronograma de tranferencias, acorde con los requerimientos de las TRD aprobadas.	Capacitar permanentemente a los responsables de archivo de gestion en cumplimiento de TRD( inducción).	Porcentaje de cumplimiento	100%	100%	Técnico Administrativo	Se ha realizado capacitacion a cada uno de los responsables de archivo de gestion para el segundo semestre se recapacitara en normas archivísticas (FUID), el cual se cuenta con control de asistencia de capacitacion	100%
Recepcionar y verificar la 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).	50%	100%	Técnico Administrativo	No se cumple debido a que no hay espacio suficiente para realizar la recepcion de los archivos, (se recibio a ventas de servicios de salud, Unidad de Correspondencia)	10%	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
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 diagnóstico documental de TVD, (encuesta, cuadro de clasificación y listado de series). bajo los lineamientos de normatividad vigente.			Elaboración de TVD, (Herramienta fundamental para gestión de fondos acumulados.rango en años-97-2005).	Organización de fondos semiactivos y fijación de tiempos de retención en el archivo central	Eficiencia y agilidad en la elaboración de tablas de valoración documental.	60%	100%	Técnico Administrativo	se efectuo la totalidad de evaluacion de los fondos documentales del año 1997-2005.	100,00%
		Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica				4. Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	evaluar y actualizar los documentos- (guías, manuales; procedimientos donde se ejercen las diferentes actividades incluidas en el proceso.		0%	100%	Ing. Yanet Moreno. Lider gestion de la información.; calidad, MECI Apoyo (Técnico Administrativo-subproceso gestión documental)	cada vez que se hace modificacion a algun documento, se ajusta y se socializa a los implicados del proceso	90%
		Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica				5. Mantener actualizados los sistemas de información.	Registrar diariamente las diferentes actividades que se llevan en el proceso, mediante los registros del sistema integrado de gestión.		100%	100%	Técnico Administrativo-subproceso gestión documental.	Los registros se efectuan diariamente en formatos de excel , debido a que la institucion no cuenta con un software para el proceso de gestion documental	90%
		Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica				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 .		100%	100%	Técnico Administrativo y Auxiliares administrativos- subproceso gestión documental.	Se realizo y ya realizo las capacitaciones del año el tecnico administrativo, estan capacitandose los auxiliares administrativos, auxiliar correspondencia (Archivo,	30%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
INTERNACIÓN	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Aumentar la satisfacción del usuario.	% de implementación de actividades que promueven la humanización en el servicio / actividades propuestas para el año 2015	0	0,5	1. Implementar el horario de información al paciente y familia en los servicios de internación.	Todos los servicios de interacción tendrán definida	% de servicios de internación	0	50%	Lider de proceso, subdirección	Esta actividad no pudo ejecutarse durante el 2016 debido a que su ejecución estaba sujeta a aumentar el tiempo	0%
						2. Dar respuesta oportuna a todas las quejas presentadas	Se dará respuesta oportuna a todas las quejas	% de quejas resueltas de los usuarios referidas al líder de proceso / % de quejas referidas al líder de proceso	no fueron diferidas quejas al líder de proceso	100%	Lider de Proceso	Todas las PQRS que ha entregado SIAU para su respuesta, esta se ha dado en los tiempos establecidos por la norma (15 días Hábiles)	100,00%
						3. Mejorar la comunicación con la etnia indígena mayoritaria que conforma la población de la zona	Al finalizar el año se habrá implementado la estrategia para mejorar la comunicación con la etnia uwa	% de servicios en los que se demuestra que se pueden comunicar con la etnia uwa con las palabras más frecuentes/ total de servicios de internación	10,00%	50%	Lider de proceso, coordinador medico, coordinador de enfermería	se cuenta con tableros de comunicación uwa, y se cuenta con cartilla en las maternas	50,00%
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	Numero de muertes analizadas en el comité/Numero de pacientes fallecidos mayor a 48 horas	0,9	1	Realizar el análisis del 90 % de las muertes ocurridas mayores a 48 horas	Se realizará el análisis de mínimo el 90, % de las muertes ocurridas en pacientes mayor a 48 horas	Numero de muertes analizadas en el comité/Numero de pacientes fallecidos mayor a 48 horas	100,00%	100%	Lider de proceso	Se mantiene el porcentaje de análisis de las muertes del año anterior	100,00%
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	Numero de guías establecidas/ numero de guías actualizadas y socializadas	10	0,6	Revisión, actualización y socialización de las guías de manejo de las 10 patologías más frecuentes por egreso en internación, Cuidado intermedio y neonatos	Guías de las primeras 10 causas de egreso de las especialidades básicas : cirugía, ortopedia, medicina interna, pediatría	% de guías propuestas/ % guías elaboradas	40,00%	60%	Coordinador médico, subdirectora científica, auditoria médica, lider de internación	Se actualizaron guías de las especialidades de cirugía, ortopedia y medicina interna, también se socializaron en reuniones médicas y algunas reuniones conjuntas con enfermería, esta actividad tuvo un gran impulso por parte de auditoria médica	55,00%
						Evaluación de la adherencia los 10 procedimientos de enfermería más frecuentes en los servicios de internación.	Aplicación de listas de chequeo a los protocolos de los 10 procedimientos de enfermería más frecuentes actualizados y socializados	% de los protocolos evaluados / Total de los protocolos propuestos ( 10 )	0,00%	50%	Lider de Proceso - coordinador de enfermería.. Lider seguridad del paciente	desde el Área de Seguridad del paciente se realiza la adherencia a los procedimientos, como cateterismo, admon de medicamentos, identificación manejo de carro paro, también se capacitó al personal en cuanto a las últimas técnicas de administración de insulina. Además se realiza capacitación a los familiares de los pacientes en prevención de broncoaspiración, manejo paciente diabético, prevención de úlceras por presión	70,00%
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Personal citado a reuniones /Numero de funcionarios que asisten a las reuniones	0,3	0,7	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con el área y mantener actualizado al personal en lo relacionado con aspectos claves para el desempeño en los servicios	Realizar reuniones primarias mínimo Trimestralmente. En cada reunión se tratará un tema de actualización y capacitación sobre temas de interés en los servicios, se espera un cumplimiento del cronograma del 70 %	porcentaje de reuniones primarias programadas / efectuadas	0,5	70%	Lider de Proceso : coordinadores de área.	Reunión del grupo de enfermería se realiza mensual, reuniones primarias de los servicios se realiza bimestralmente, llevando temas de actualización como manejo de residuos, seguridad del paciente, guías y protocolos institucionales, también se capacitó al personal en atención a víctimas de violencia sexual	80,00%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)	
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)				
<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).	0 X 10.000 NIÑOS < 5 AÑOS	Tasa < 5 x cada 10.0000 nacidos vivos	1. Realizar induccion a la demanda a la poblacion objeto 2. Asignar metas a los profesionales y tecnicos responsables de la ejecucion de las actividades. 3 . Realizar consulta de 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 del municipio adscritos a los servicios de promocion y prevencion del hospital del sarare	porcentaje de captacion de niños < 5 años	93%	95% niños < 5 años	Coordinacion UNAP	Se realizaron 720 consultas de ingreso y 4582 controles a niños menores de 5 años <b>META 1500</b> <b>TASA MORTALIDAD &lt; 5 AÑOS: TASA = 0 X cada 10.000 nacidos vivos</b>	<b>48,00%</b>	
		Mantener o disminuir Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos).	Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos).	0 X 1000 NACIDOS VIVOS	Mantener o disminuir la tasa de 5,9 X Cada 1000 nacidos vivos		Captar en un 90% los menores de 1 año adscritos a los servicios del hospital del sarare	porcentaje de captacion de niños < 1 años	11%	75% niños < 1 año	Coordinacion UNAP	Se realizaron <b>342</b> consultas de ingreso a niños menores de un año y 1384 consultas de control. META 550 <b>TASA MORTALIDAD &lt; 1 AÑO: TASA 3 X Cada 1000 nacidos vivos</b>	<b>62,00%</b>	
		Lograr cobertura de vacunación (esquema regular) del 95% de los niños	porcentaje de cobertura de esquema	95,00%	95%	Realizar programacion mensual de acuerdo a la población asignada según AJUSTE POBLACIONAL. Realizar vacunación de lunes a sábado institucional Realizar vacunación extramural, búsqueda casa a casa. Realizar jornadas de vacunación según lineamientos PAI dados por MSPS .Realizar medición de coberturas mensualmente e -implementar estrategias para alcanzar las coberturas mensuales.							Se realiza programacion de la poblacion asignada segun ajuste poblacional quedando 69 menores de un año, 80 menores de año y 86 menores de 5 años. Para el logro de las coberturas en vacunacion mensual.  Se cuenta con un horario de atencion que garantice la bacunacion todos los días , de lunes a vurnes en horario de 7 am a 12 y de 2 pm a 5 pm. sabados y domingos de 7 am a 12.  Para la busqueda casa a casa y trabajo extramural se cuenta con un cronograma de distribucion de las comunas y distritos del area rural asignado a un vacunador especifico .	
		Disminuir en un 20% los índices de morbilidad infantil y niñez asociada a enfermedades inmunoprevenibles incluidas en el esquema regular de vacunación.	Tasa de morbilidad infantil asociada a enfermedades inmunoprevenibles	0 tasa x cada 10.000 niños	< o igual a 2.64 x c 10.000 niños									
		Disminuir en 20% los índices de morbilidad en < 5 años asociada a enfermedades inmunoprevenibles	Tasa de morbilidad en < 5 años asociada a enfermedades inmunoprevenibles	0 tasa x cada 10.000 niños < 5 años	2.64 x cada 10.000 niños < 5 años	-Ingreso de los menores, adultos, gestante y MEF a la plataforma Nacional del Programa de Vacunación. -Presentar informes mensuales según lineamientos PAI. -Vacunación intramural -Vacunación extramural -Jornadas de Vacunación -Vacunación sin barreras. -Seguimiento a cohortes de nacidos vivos. -Canalización y demanda inducida de la población. -Oferta de horarios extendidos según necesidad de la población. -Diseñar estrategias que mejoren el acceso a la vacunación, teniendo en cuenta los motivos de no vacunación identificados en la encuesta y los monitoreos rápidos de cobertura. -Realizar Microplaneación de manera articulada, con el objeto de disminuir las brechas existentes. -Trabajo articulado con el ICBF y EAPB para garantizar el seguimiento al cumplimiento de los	Lograr 95% de coberturas Acomuladas en vacunacion.	Porcentaje de cumplimneto	90 % cobertura vacunacion	95%	Coordinacion PAI	Se realiza mensualmente verificacion de la calidad del dato en el ingreso de la informacion de los menores y adultos vacunados en el programa.  Se realiza el seguimiento de los RN nacidos en el municipio para garantizar la continuidad y aplicacion oportuna de los esquemas de vacunacion deacuerdo a las edades estipuladas por MSPP.  Se realizan acciones de mejoramiento deacuerdo a los hallasgoz en los monitoreos rapidos de coberturas realiados en el mes de febrero del presente año.  Se realiza acciones en articulacion con salud publica de la alcaldia municipal centros a tencion de primera infancia como sin ICBF, ASOFAMY y las diferentes EAPB del municipio.	<b>95%</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	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA		Contribuir a la reduccion la morbilidad de casos de EDA en menores de 5 años	Tasa de morbilidad por EDA en < 5 años	tasa 1441 x cada 10.000 niños < 5 años	tasa < 0 igual a 1210 x cada 10.000 niños < 5 años	Charlas educativas mensuales a la poblacion asistente los servicios de PYP por las enfermeras de consulta, enfermera de la unidad movil y auxiliar de enfermeria extramural con la comunidad indigena. Informacion o seccion radiales por espacios de emisoras del municipio. Educacion continua en Hogares infantiles de ICBF, sobre prevencion de la EDA y ERA.	fomento de la educacion para la prevencion de EDA	Porcentaje de cumplimiento	95% de actividades programadas	100%	Coordinacion UNAP	Se realizaron 48 <b>charlas educativas</b> , Cuatro mensuales con temas de salud infantil entre ellos medidas de prevencion de la <b>EDA y IRA</b> en el hogar, Apoyados en las 18 practicas claves AIEPI comunitario, apoyados con el personal de enfermeria de los servicios de PYP. <b>META 48 CHARLAS</b> Se realizaron secciones Radiales, un total de 10 secciones, temas de prevencion de enfermedades en los menores de 5 años ( EDA, ERA) <b>META: 10 SECCIONES RADIALES DE PYP.</b>	100%
		Contribuir a la reduccion la tasa de morbilidad por ERA en menores de 5 años	Tasa de morbilidad por ERA en < 5 años	4125 x cada 10.000 niños < 5 años	tasa < 0 igual 3722 en niños < 5 años		fomento de la educacion para la prevencion de ERA		95% de actividades programadas	100%	Coordinacion UNAP		100%
		Lograr que el 70% de las mujeres gestantes asistan mínimo a 4 controles prenatales	Porcentaje de gestantes que asisten a cuatro controles prenatales	70%	70 % 0 mas	Censo trimestral de gestantes por eps según contratación. Canalizacion mensual de gestantes mediante visitas domiciliarias. Seguimiento trimestral a la aplicación de la norma en la atención de la embarazada. Seguimiento de inscitas nuevas al programa de deteccion temprana de alteraciones del embarazo y gestantes de alto riesgo.	Identificar a la poblacion gestante adscrita a los servicios del hospital del sarare, induccion a la demanda, censo poblacional, inclusion al control prenatal.	Porcentaje de gestantes que asisten a cuatro controles prenatales	% gestantes adscritas	70%	Coordinacion UNAP	de <b>578</b> gestantes inscitas nuevas. 310 son canalizadas mediante visita domiciliaria. 315 maternas se le realizaron minimo 4 controles y 263 cuentan con menos de 4 controles prenatales, por que gestantes a la fecha inician sus controles del embarazo.	58%
	Garantizar el cumplimiento de las líneas de acción de maternidad segura	fomento de planificación familiar, fomento de salud sexual y reproductiva para adolescentes jóvenes, puerperas.	Número en los que se garantiza el cumplimiento de las líneas de acción	72% del total de las usuarias de planificación familiar	50% o mas de las usuarias de planificación	Asesorar a la puerpera adolescente sobre los metodos de planificación familiar	Lograr coberturas en planificación familiar.	porcentaje de puerperas en el programa de planificación familiar	12% o mas de cumplimiento	50% o mas de cumplimiento	Coordinacion UNAP	INGRESOS NUEVOS PNF : <b>397</b> Se realizaron <b>265</b> atenciones en planificación familiar a la puerpera sobre planificación familiar de 843 partos y cesareas atendidos del municipio. Confrontado con los RN del PAI	49,00%
	Detección de casos de cáncer de cuello uterino, cáncer mama	Tasa de mortalidad por ca de cuello uterino y de mama	2 tasa x ca cuello uterino. 0 tasa de mortalidad de ca mama mujeres > 50 años	Mantener en 0 la tasa de mortalidad de ca cuello uterino. Mantener en 2.9 o menos la tasa de ca mama en mujeres > 50 años	Incrementar la toma de citologia y mamografia a todas las mujeres adscritas al Hospital del sarare.	Captar la poblacion objeto del programa de ca de cervix y mama.	porcentaje de cumplimiento	58,4 % de cumplimiento	60% de citologias tomadas	Coordinacion UNAP	Se tomaron 2015 citologia tomadas y leidas. <b>META 2300</b> 137 citologias con alteracion en su resultado . Las cuales fueron direccionadas a ginecologia y reportadas a su EAPB correspondiente. <b>TASA: CA CERVIX 3 : ( TRES MUERTES POR Ca CUELLO UTERINO)</b> <b>NOTA: no exixite registro Ca mama CERO</b>	87.6%	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA	Garantizar el cumplimiento de las líneas de acción de maternidad segura	Prevención de violencia doméstica sexual	Tasa de violencia sexual y domestica en mujeres	tasa 4.8 x cada 10.000 mujeres	mantener o disminuir la tasa de violencia sexual y domestica en 11.3 X10.000 mujeres	promover el buen trato y la no violencia domestica sexual por medios masivos	fomento del buen trato y la no violencia violencia domestica	cumplimiento de actividades programadas	80% de las actividades programadas	85%	Coordinacion UNAP	Durante el EL periodo 2016 , con apoyo de PSICOLOGIA, se realizo la emision de 15 espacios radiales de 15 X', alusivos a <b>FOMENTO DEL BUEN TRATO Y LA NO VIOLENCIA VIOLENCIA DOMESTICA</b> , en emisora de mayor audiencia Sarare Stereo. META 15 ANUAL, programa 5 emisiones cada 4 meses.  TASA VIOLENCIA DE GENERO: 83 CASOS TASA : 17.4) (83 CASOS*47590 *10.000)	85%
		Identificar el estado nutricional de la población de niños, niñas 0 - 5 años	Porcentaje de niños de 0-5 años con desnutrición crónica-aguda-global	tasa 88.5 x c 10.000 niños < 5 años	tasa de desnutricion por debajo de la linea base 148,6	Ingresar oportunamente al <b>SISVAN</b> los menores atendidos en el programa de crecimiento y desarrollo para la identificacion de casos de desnutricion . Enviar a todos los niños con riesgo o diagnostico de Desnutricion a los servicios especializados .	Realizar canalizacion de la poblacion adscrita al hospital del sarare a los programas de promocion y prevencion.	% de Ingresos al sisitema de informacion. % de remision	se inicio diligenciamie nto del aplicativo SISVAN a partir del 01 enero de 2014.	80%	Coordinacion UNAP	Se presentaron 9 casos de Desnutricion- Saravena notificados, DNT SEVERA: NO DATOS DNT MODERADA : NO DATOS DNT LEVE: NO DATOS total de niños atendidos 7944 sobre el total de niños reportados al SISVAN 7944  Los menores atendidos en las consultas de CYD en la unap son reportados en los formatos del sistema de informacion SISVAN y se envia por correo a Arauca todos los dias. <b>TASA 88.5 x c 10.000 NIÑOS &lt; 5 AÑOS</b>	80,00%
		Garantizar la atención psicosocial y atención en salud del 100% de solicitudes de la población en situación de desplazamiento y otros hechos victimizantes	centaje de atenciones realizadas	100% de atenciones realizadas	100% de las consultas programadas	Realizar atencion en psicologia la poblacion victima de violencia teniendo en cuenta su nucleo familiar.	Garantizar la oportunidad de citas con psicologia para poblacion en situacion de dezplazamiento y otros hechos victimisantes	Cumplimiento de las consultas programadas	90% de las consultas programadas	100% 0 mas de atenciones de las consultas programadas por psicologia	Coordinacion UNAP	Se agendan citas prioritarias a la poblacion en condicion de desplazamiento u otros hechos victimizantes con oportunidad de un dia. Se cumple con la programacion de citas por Sicologia diariamente.	100%
	contribuir y matener la mortalidad Materna	reducir o mantener la mortalidad materna en no mas de 3 casos por año, durante el trienio.	numero de muertes maternas /numero de nacidos vivos x 1000	tasa: 0.8 x c/da 1000 nacidos vivos	tasa 0	Censo trimestral de gestantes por EAPB según contratación. Canalizacion mensual de gestantes mediante visitas domiciliarias. Seguimiento trimestral a la aplicación de la norma en la atencion de la embarazada. Seguimieto de inscitas nuevas al programa de deteccion temprana de alteraciones del embarazo y gestantes de alto riesgo.	Identificar a la poblacion gestante adscrita a los servicios del hospital del sarare, induccion a la demanda, censo poblacional, inclusion al control prenatal.	porcentaje de gestantes identificadas	% gestantes adscritas	70%	Coordinacion UNAP	Numero de muertes maternas : 0 CERO Numero de nacidos vivos : 641 por parto y cesarea <b>TASA DE MORTALIDAD MATERNA : CERO (0)</b> <b>TASA DE MUERTE PERINATAL : 4 CASO (3/1252 * 1000 NACIDOS VIVOS) TASA DE (2.3 X 1.000 NV)</b>  Durante el periodo 2016 con corte de enero a diciembre, se atendieron un total de 578 ingresos de gestantes , se realizaron 2564 controles de seguimiento , de los cuales 2075 corresponden a un riesgo obtetrico alto ARO y 489 a un bajo riesgo obstetrico . META MATERNAS NUEVAS 650	88.9%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA	<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</li> </ol>	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 Coordinación de Referencia	Describir la ruta de atención de los usuarios en los programas de promoción y prevención.	% de elaboración del documento	0%	100%	Coordinación UNAP	DOCUMENTO ESCRITO POR PROGRAMAS	100%
						Dar continuidad al proceso de registro y admisión en todas las áreas que aplique y todas las sedes.	Todos los usuarios que apliquen a los servicios de promoción y prevención deben ser remitidos desde los servicios SIAU, facturación, unidad móvil, consulta externa, urgencias y áreas de hospitalización.	% de usuarios remitidos a los servicios de promoción y prevención de la ESE.	0%	90%	Coordinación UNAP	Se evidencia la captación y remisión de las actividades de promoción y prevención desde los servicios de facturación, personal de enfermería y servicios hospitalarios. Se cuenta en el servicio de facturación con un formato donde se especifican las acciones de promoción y prevención teniendo en cuenta los grupos etáreos según Norma.	90%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA	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 en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los usuarios. • Se aseguran directrices y / o procedimientos para evaluar la necesidad de la prevención de enfermedades y promoción de la salud para todos los usuarios independientemente del diagnóstico, incluida la prevención de infecciones. 1 Se evalúa para cada usuario la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en especial si es la primera	1. Seleccionar posibles grupos poblacionales susceptibles de programas de promoción y prevención interinstitucional.				continuidad a los programas interinstitucionales en el area de PROMOCION Y PREVENION.	Coordinar programas interinstitucionales de promocion y prevencion.		0%	mas de cumpl	Coordinacion UNAP	BRIGADA DE MENORES DE 5 AÑOS HOGARES COMUNITARIOS BRIGADAS MOVIL MEDICA ICFB EN EL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO , COMUNIDADES INDIGENAS (CHVARAQUIA, PLAYAS, CALFITAS 1 Y 2, SAN MIGUEL, UNCARIA). COLEGIOS DEL AREA URBANA Y RURAL APOYO EN LAS JORNADAS DE VACUNACION	50%
		Garantizar la rentabilidad financiera de la institución.	Cumplimiento de metas según contratación vigente de acciones de PYP			establecer metas mensuales según matrices de programacion de las actividades de promocion y prevencion .	Realizar busqueda y canalizacion de los usuarios sujetos a la contratacion para la realizacion de las actividades de promocion y prevencion según normatividad.		0%	mas de cumpl	Coordinacion U	Se realizo reunion con el persona lde enfermeria de los servicios de PYP para la asignacion de metas diarias por profesionales ( 26 consultas /dia). Se reliza demanda inducida a los programas de promocion y prevencion con apoyo del personal operativo del PAI. Canalizacion, demanda inducida, seguimiento a inasistentes por parte del presonal de presonsulta. Envio de informe mensual de Demanda inducida y reporte de inasistentes a las EAPB correspondientes. ☐	80%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Aumentar la satisfacción del usuario.	Basado en el reporte de bimensual de quejas y reclamos y semestral de satisfaccion al usuario se implementara estrategias para mejorar la atencion en los servicios de promocion y prevencion.			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 al alcance del area de promocion y prevencion.	Actividades de mejora realizadas de acuerdo al resultado de los estudios de satisfaccion de los servicios.	0%	90%	Coordinacion U	Los resultados muestran disminución global en el índice de satisfacción, principalmente por la inconformidad con las instalaciones físicas donde actualmente se prestan dichos servicios (salas de espera, baños, señalización, ubicación). como estrategia se tiene plantado el traslado de SEDE a nuevas instalaciones que cumplan con la norma y mejoren la satisfaccion del usuario en cuanto a infraestructura.  Se mejoro la oportunidad de citas de Medicina general, impletando la atencion de un segundo medico de apoyo para los controles de ingreso de niño y gestante.  Satisfacción del Usuario /Atención y Calidad del Servicio: <b>81.2%</b>	<b>82%</b>
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Actualizacion y seguimiento los documentos asociados a las actividades de promocion y prevencion.			Evaluacion Documentos generados en el SIG, y actualizarlos en el caso de que esten desactualizados.	Actualizar y socializar los documentos del PROMOCION Y PREVENCIÓN del SIG.		0%	90%	Coordinacion U	PROTOCOLOS DE: CYD, VACUNACION, CPN,INSERCIÓN DIU, INSERCIÓN DE IMPLANTE SUDDERMICO,PNF, ALTERACIONES DEL JOVEN, TOMA DE MAMOGRAFIA, TOMA DE CITOLOGIA CERVICOUTERINA, CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD, MANUAL DE USO Y REUSO MANUAL DE TECNOVIGILANCIA	<b>90%</b>
		Mantener actualizados los sistemas de información.				Generar Informes estadísticos al día y reportar a los entes a que haya lugar.	Reportes semanales y mensuales al sistema nominal PAI WEB, Alimentacion de SISVAN, Reportes de las actividades de deteccion temprana y proteccion especifica. Enfermedades de interes en salud publica en el aplicativo 4505 2012.		100%	100% de cumplimiento	Coordinacion U	Reporte de 12 informes uno mensual a la UAESA - PAI, ingreso de menores vacunados, adultos y embarazadas al aplicativo PAIWEB. Validacion y carga mensual de los informes de promocion y prevencion según aplicativo 4505 DE 2012 MSPS, a las EAPB Correspondientes. Diligenciamiento y envio la UAESA- SISVAN los datos correspondientes al informe nutricional de los menores de 10años, embarazadas y adulto mayor.	<b>100%</b>
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con la Atencion en promocion y prevencion bimensualmete.	Cumplir con el 90% de las actividades de capacitacion del talento humano programadas.	Porcentaje de cumplimiento	0%	90%	Coordinacion U	Realizacion de cronograma de capacitacion, realizacion de tres capacitacion durante el primer, segundo , tercer y cuarto trimestre del año.	<b>90%</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	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
IAAS	Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos que incluyen:  <ul style="list-style-type: none"> <li>Admisión y transporte intra e interinstitucional de los pacientes con infección.               <ul style="list-style-type: none"> <li>Estandarización, implementación y seguimiento a la adherencia de técnicas de aislamiento.</li> </ul> </li> <li>Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, quimioterapia o nutrición parenteral.               <ul style="list-style-type: none"> <li>Profilaxis antibiótica.</li> </ul> </li> <li>Uso racional de antibióticos.</li> <li>Uso de perfil de resistencia antibacteriana.</li> <li>Protocolos de desinfección.               <ul style="list-style-type: none"> <li>Reportes de cultivos de superficie.</li> </ul> </li> </ul>	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	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 de IAAS	Porcentaje de acciones ejecutadas/acciones programadas			Responsable de IAAS	Se tiene documentado, asilamiento, manejo de brotes, protocolos y demás documentos asociados al área	95,00%
		Mantener actualizados los sistemas de información.	Sistemas de información actualizados/Total de sistemas de información			Llevar estadísticas al día		Número de actualizaciones a cada sistema de información/Tiempo			Responsable de IAAS	Se realizó con lo establecido en el indicador	100,00%
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	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	Número de asistentes a capacitaciones/Total del personal			Responsable de IAAS	Se realizó con lo establecido en el indicador	100,00%
			Total de procesos(reuniones mensuales) desarrollados/Total de procesos(reuniones mensuales) planteados	90%	100%	Revisar y ajustar la conformación del comité de infecciones, periodicidad de reuniones, responsabilidades y funciones.	Actualizar y socializar los documentos del proceso de prevención y control de IAAS.	Total de procesos(reuniones mensuales) desarrollados/Total de procesos(reuniones mensuales) planteados			Responsable de IAAS	Se realizó con lo establecido en el indicador	95,00%
			Total de procesos(documentos, protocolos, procesos, guías, etc) desarrollados/Total de procesos(documentos, protocolos, procesos, guías,	90%	100%	Elaboración y revisión de los documentos ya sean protocolos o procedimientos solicitados en el estándar, en especial manual de bioseguridad, protocolo de limpieza y desinfección, manejo de residuos peligrosos etc.	Actualizar y socializar los documentos del proceso de prevención y control de IAAS.	Total de procesos(documentos, protocolos, procesos, guías, etc) desarrollados/Total de procesos(documentos, protocolos, procesos, guías,			Responsable de IAAS	Se realizó con lo establecido en el indicador	90,00%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
IAAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acciones del comité de vigilancia epidemiológica.</li> <li>Acciones en el caso de brotes infecciosos.</li> <li>Ajuste de guías de práctica clínica con base en perfil de resistencia bacteriana.</li> <li>Proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas:</li> </ul> 1 Definición de infecciones asociadas al cuidado de la salud. 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.	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.	Total de procesos(reuniones mensuales) desarrollados/Total de procesos(reuniones mensuales) planteados	90%	100%	Socializar nuevas directrices del comité de infecciones	Actualizar y socializar los documentos del proceso de pervención y control de IAAS.	Total de procesos(reuniones mensuales) desarrollados/Total de procesos(reuniones mensuales) planteados			Responsable de IAAS	Se realiza comité mensual de seguridad del paciente	100%
			Total de procesos(documentos, protocolos, procesos, guías, etc) socializados desarrollados/Total de procesos(documentos, protocolos, procesos, guías, etc) planteados	90%	100%	Socializar todos los documentos actualizados o elaborados.	Actualizar y capacitar sobre los documentos del proceso de pervención y control de IAAS.	Total de procesos(documentos, protocolos, procesos, guías, etc) socializados desarrollados/Total de procesos(documentos, protocolos, procesos, guías, etc) planteados			Responsable de IAAS	Se realizó con lo establecido en el indicador	90,00%
			Total de procesos(documentos, protocolos, procesos, guías, etc) implementados/Total de procesos(documentos, protocolos, procesos, guías, etc) planteados	90%	100%	Implementar los lineamientos establecidos en los documentos actualizados o elaborados	Implementar los documentos del proceso de pervención y control de IAAS.	Total de procesos(documentos, protocolos, procesos, guías, etc) implementados/Total de procesos(documentos, protocolos, procesos, guías, etc) planteados			Responsable de IAAS	Se realizó con lo establecido en el indicador	100%
			Total de documentos o herramientas elaboradas /Total de documentos o herramientas planteados.	90%	100%	Elaborar herramienta y metodología para evaluar adherencia a los documentos actualizados	Elaborar herramienta y metodología para evaluar adherencia a los documentos actualizados	Total de documentos o herramientas elaboradas /Total de documentos o herramientas planteados.			Responsable de IAAS	Se cuenta con un formato de evaluación y conocimientos y es aplicado al personal de la institución	100%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
IAAS			Total de documentos o herramientas evaluados /Total de documentos o herramientas planteados.	90%	100%	Evaluar adherencia a protocolos y procedimientos relacionados con la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.	Evaluar adherencia a protocolos y procedimientos relacionados con la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.	Total de documentos o herramientas evaluados /Total de documentos o herramientas planteados.			Responsable de IAAS	Se realizó con lo establecido en el indicador	100%
	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	Diseñar e implementar los mecanismos para la identificación de riesgos.	Total de procesos(reuniones mensuales)/Total de procesos(reuniones mensuales) planteados			Evaluar de acuerdo a la morbilidad ,reporte de evento adverso, reporte de quejas, inspección directa etc., que se deben identificar desde el acceso		Porcentaje de cumplimiento			Responsable de IAAS	Se realizó con lo establecido en el indicador	85%
	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.  <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> </ul>	Documentar los aislamientos y procedimientos que la institución va a adoptar y definir el código de colores de tal manera que se garantice la confidencialidad del paciente.	Total de procesos elaborados/Total de procesos planteados	90%	100%	Elaborar protocolo para aislamiento de pacientes incluyendo la codificación por colores que se va a utilizar	100%	Total de procesos elaborados/Total de procesos planteados			Coordinadora IAAS Coordinadores de area	Se cuenta con protocolo de aislamiento y socializado con el grupo de enfermería	100%
			Personal capacitado/Total de personal	90%	100%	Diseñar estrategias para socialización del protocolo y para la identificación de los diferentes tipos de aislamiento	100%	Personal capacitado/Total de personal			Coordinadora IAAS Coordinadores de area	Realiza capacitacion permanente en aislamiento al cuerpo de enfermería, se tiene proyectado para la educacion a los usuarios	95%
			Personal capacitado/Total de personal	90%	100%	Socializar el protocolo de aislamiento a todos los colaboradores, usuarios y familia	80%	Personal capacitado/Total de personal			Coordinadora IAAS Coordinadores de area	Realiza capacitacion permanente en aislamiento al cuerpo de enfermería, se tiene proyectado para la educacion a los usuarios	75%
			Personal capacitado/Total de personal	90%	100%	Implementar el protocolo de aislamiento en la institución	90%	Personal capacitado/Total de personal			Coordinadora IAAS Coordinadores de area	Realiza capacitacion permanente en aislamiento al cuerpo de enfermería, se tiene proyectado para la educacion a los usuarios	95%
		Total de mecanismos o herramiento diseñados/Total de mecanismos o herramiento planteados	100%	100%	Diseñar mecanismo o herramienta para evaluación de adherencia al protocolo de aislamiento	90%	Total de mecanismos o herramiento diseñados/Total de mecanismos o herramiento planteados			Coordinadora IAAS Coordinadores de area	Realiza capacitacion permanente en aislamiento al cuerpo de enfermería, se tiene proyectado para la educacion a los usuarios	95%	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
IAAS	decision adoptada. • La organización prevé mecanismos para prevenir riesgos de diseminación de infecciones. • La organización realiza monitoreo permanente de la adherencia a las técnicas especiales de aislamiento por parte de los colaboradores, difunde sus resultados y estimula el mejoramiento continuo. • Existen técnicas e instrucciones para que familiares y visitantes cumplan con las técnicas de aislamiento. • Todas las personas que tengan contacto directo con pacientes en condiciones de aislamiento deben recibir capacitación y /o entrenamiento para minimizar los riesgos a los usuarios; esto incluye equipo de salud, personal en práctica formativa, docentes e investigadores, entre otros.	2. Establecer los mecanismos que garanticen los recursos e insumos para el lavado de manos y aislamiento (batas, gorros, mascarilla convencional y de alta eficiencia. Insumos para lavado de manos jabon, toallas de papel).	Personal evaluado/Total de colaboradores de la institucion	90%	100%	Evaluar adherencia al protocolo de aislamiento institucional.	90%	Personal evaluado/Total de colaboradores de la institucion			Coordinadora IAAS Coordinadores de area	Se cuenta con un formato de evaluacion y conocimientos y es aplicado al personal de la institucion	95%
			Total de informe de costos de elementos e insumos /Total de procesos planteados	100%	100%	Elaborar informe detallado sobre los insumos mensuales necesarios para garantizar control a las infecciones asociadas al cuidado de la salud incluyendo el aislamiento de pacientes	100%	Total de informe de costos de elementos e insumos /Total de procesos planteados			Coordinadora IAAS Coordinadores de area	Se realiza comité mensual de seguridad del paciente	100%
			Total de informes desarrollados/Total de procesos planteados	100%	100%	Entregar informe a la subdirección administrativa de manera que se destinen los recursos económicos necesarios para aislamientos en la institución	100%	Total de informes desarrollados/Total de procesos planteados			Coordinadora IAAS Coordinadores de area	se entrega informe verbal y de acuerdo a las necesidades del comité se hace solicitud de insumos	80%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION	Brindar servicios a los usuarios de rehabilitacion, con criterios de calidad, eticos, oportunos y seguros para el manejo integral del paciente.	MANTENER EN UN 80% LA SATISFACI3N DEL DEL USUARIO CON LA PRESTACION DEL SERVICIO DE REHABILITACION INTEGRAL	Satisfacci3n del usuario = pacientes encuestados / pacientes satisfechos			promocionar el examen de espirometria por el servicio de terapia respiratoria e incrementar una atencion de 100 estudios mensualmente para una meta del 100%	1	exámenes facturados/estudios facturados	100%	100%	terapeuta respiratoria	En los meses de enero a diciembre 2016, se tiene de estudios de espirometrías realizados y facturados un total de: 273 ,lo que equivale al 22.75% de la meta esperada, razones que justifica el servicio: 1. equipo en regulares condiciones generales segun diagnostico de biomedicos, ya se realizo nueva solicitud a la administracion para la adquisicion de un espirometro,2. carencia en remision por parte del grupo medico , a quienes se les ha socializado el tema varias veces, sobre la importancia de la espirometria, la presencia de este servicio en la institucion y como remitir los usuarios, tambien se ha hecho apoyo con imagen coorportativa que ha enviado informacion a los correos electronicos de cada profesional. el servicio de terapia respiratoria intensificara sus actividades que promuevan el examen de espirometria.	23%
						hacer mejoras en los servicios de rehabilitacion	Solicitada la alta direccion en mejoras de area de Rehabilitacion.	Servicio mejorado	100%	100%	Líder de proceso	Pendiente traslado del servicio de fisioterapia a la nueva sede de Unidad de atencion primaria UNAP, actualmente falta adecuacion de la red de sistemas y los cubiculos, para la atencion y privacidad de los usuarios.	10%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION	Brindar servicios a los usuarios de rehabilitacion, con criterios de calidad, eticos, oportunos y seguros para el manejo integral del paciente	MANTENER EN UN 80% LA SATISFACI3N DEL DEL USUARIO CON LA PRESTACION DEL SERVICIO DE REHABILITACION INTEGRAL	Satisfacci3n del usuario = encuestados / pacientes satisfechos			brindar asistencia profesional a los programas u/o proyectos direccionados por el hospital.	1	programas institucionales / actividades ejecutadas	100%	100%	fisioterapeutas	El 10 de marzo/2016, se da inicio al curso preparacion a la maternidad y la paternidad, donde se programaron 8 sesiones todos los jueves a las 3:00pm, actividades desarrolladas por los servicios de Terapia fisica, Terapia ocupacional y Terapia Respiratoria (temas tratados: importancia del ejercicios, indicaciones y contraindicaciones, Educacion de la mecanica postural , Estimulacion temprana , Cambios del sistema respiratorio durante la gestacion, mecanica respiratoria y ejercicios , sesiones de actividad fisica para maternas. El proceso de rehabilitacion brinda asistencia a los programas de salud laboral en la institucion: Programa PILO, direccionado por la lider de la Unidad funcional de salud laboral de la ESE y ejecutado por una fisioterapeuta que abordo en este ciclo los grupos de odontologia, cirugia, laboratorio, se realizaron actividades como: encuesta y tamizaje inicialmente, valoraciones fisioterapeuticas individual y talleres de actividad fisica con enfoque preventivo, El PROGRAMA PILO: se desarrollo entre los meses Julio, agosto-septiembre y octubre ,con un total de 64 Valoraciones, 32 sesiones de actividad fisica, 287 asistentes y entrega final de informe de actividades. Por solicitud de la lider de la Unidad funcional de salud laboral ,2 fisioterapeutas apoyaron en dictar 7 talleres preventivos teorico practicos de sindromes dolorosos que afectan los miembros superiores y la columna, educacion y manejo de cargas, se trabajo con los grupos de : odontologia, auxiliares de enfermeria, personal administrativo y personal del area de mantenimiento. Para los meses de noviembre y diciembre de 2016 una fisioterapeuta queda a cargo del desarrollo del programa de estilos de vida saludables (30 talleres primera fase y 30 talleres segunda fase) y entrega de informe parcial de las actividades desarrolladas.	100%
						seguimiento de propuesta del programa de rehabilitacion cardiovascular que ya fue documentado a la administracion.	0,1		10%	10%	lider de proceso	dependiendo de la administracion para el avance del programa.	10%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
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				Aumentar la cobertura en atencion en los servicios de rehabilitacion.( terapia fisica: (13090 SESIONES AÑO), terapia ocupacional : (2618 SESIONES AÑO), Terapia de Lenguaje: (3692 SESIONES AÑO), Audiologia (909 SESIONES AÑO),Terapia Respiratoria: (13090 SESIONES AÑO)		total sesiones realizadas.	70%	70%	lider de proceso	en los meses de enero a diciembre del año 2016, tenemos en produccion de servicios, Terapia fisica año 2016 total sesiones realizadas y facturadas : 7528 correspondiente al 72,91% ,Terapia ocupacional: año 2016 un total de sesiones realizadas y facturadas de 2638 , que corresponde a un 100,76% , Terapia lenguaje año 2016; total sesiones realizadas y facturadas 2566 corresponde a un 69,5%, servicio de Audiologia año 2016 exámenes realizados y facturados: 1482 total correspondiente a un 163 % Terapia Respiratoria año 2016 sesiones realizadas y facturadas : 7251 que corresponde a 55,39%, razones que justifican el descenso en la cobertura de los servicios , es la falta de autorizacion por parte de las empresas prestadoras salud, así el usuario solicite ser atendido en el hospital, la empresa envia para otros centros para que les brinden el servicio.	Terapia Fisica : 58%; Terapia Ocupacional: 100,76%; Terapia Respiratoria: 55,39%; Terapia de Lenguaje: 69,5%; Audiologia: 163% promedio=89 %
	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Aumentar la satisfacción del usuario.				Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios	Dar cumplimiento a la respuesta de quejas en los plazos establecidos Realizacion de reuniones primarias para socializacion de quejas y satisfaccion del usuario			80%	80%		La oficina de SIAU, socializa informe de satisfaccion del usuario II semestre año 2015, los hallazgos encontrados y comentarios respectivos por los usuarios en cada uno de los servicios, el principal tema es la inconformidad con las instalaciones fisicas como salas de espera, baños, señalizacion y ubicacion retirada . El tema de las regulares condiciones de infraestructura de la sede unap, se espera que la administracion de la directriz de trasladar la sede UNAP a las nuevas instalaciones,con ubicacion mas central; en el mes de abril se presenta una queja por parte de una usuaria del servicio de fisioterapia , se hizo el respectivo tramite a la solicitud registrada en el consecutivo numero SIS-03-0843 Radicada el 25 /04/2016, se hace reunion con los profesionales del servicio donde se socializa lo ocurrido, se levanta acta con el objetivo de tomar correctivos y plan de mejora para no reincidir en la falla presentada.



CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
LABORATORIO CLINICO	Contribuir al Fortalecimiento la red de laboratorios para garantizar el cumplimiento de sus funciones de acuerdo a la normatividad.	Identificar todos los eventos de vigilancia en salud publica que requieran la toma de muestras.	Porcentaje de eventos notificados a la red de laboratorios	100%	100%	Envío de muestras de eventos de interes en salud publica.	Verificar en conjunto con vigilancia epidemiologica institucional los casos sospechosos y hacer envio de muestras al Laboratorio de Salud Publica	Porcentaje de cumplimiento de envio de muestras	100%	100%	Coordinacion de Laboratorio Clinico y vigilancia epidemiologica institucional	Se realizo durante todo el año semanalmente el envio de muestras de interes de Salud Publica al Laboratorio de Salud Publica Departamental.	100%
		Mantener actualizado el sistema de informacion de referencia y contrareferencia de datos a la red de laboratorios	Porcentaje de envio de reportes oportunos	100%	100%	Envío de informes oportunos a la red de laboratorios	Enviar oportunamente los informes solicitados por el Laboratorio de Salud Publica	Porcentaje de cumplimiento de informes enviados oportunamente	100%	100%	Coordinacion de Laboratorio Clinico	Se envio mensualmente los informes estadisticos al Laboratorio de salud publica de Arauca.	100%
	Identificar e informar oportunamente los casos de serologias reactivas de los casos de sifilis congenita	Contribuir a Reducir en un 5% los casos de sifilis gcongenita por año	Tasa de sifilis congenita	99%	100%	Subcontratacion de examen confirmatorio para sifilis	Contratacion de FTA-ABS con laboratorios externos	Contratacion efectiva	70%	Contrato legalizado vigente	Subgerencia cientifica, Gerencia, Coordinacion de Laboratorio Clinico	Se realizo vigilancia y seguimiento a los casos de sifilis con la compra de pruebas rapidas para el diagnostico y la contratacion de un Laboratorio de Referencia.	99%
	Incrementar los ingresos por venta de servicios de salud	Ampliar el portafolio de servicios del Laboratorio Clinico	Demanda satisfecha de exámenes especializados	100%	100%	Subcontratacion de exámenes especializados	Contratacion de exámenes especializados con Laboratorios externos	Contratacion efectiva	40%	Contrato legalizado	Subgerencia cientifica, Gerencia, Coordinacion de Laboratorio Clinico	Durante todo el año se mantuvo vigente contrato con un Laboratorio de Referencia.	100%
	Confiabilidad del resultado del Laboratorio para la seguridad del paciente	Implementar un sistema de control de calidad interno	Sistema de calidad implementado para el Laboratorio Clinico	90%	95%	Implementacion de insumos que garanticen la calidad en las corridas analiticas	Implementacion de los procesos de calidad	Numero de procesos de calidad instalados	90%	95%	Coordinacion de Laboratorio Clinico y Bacteriologos	Durante todo el año se mantuvo la compra de los insumos necsarios para los procesos de calidad.	95%
		Aumentar la satisfacción del usuario.	Usuarios satisfechos en el servicio de Laboratorio Clinico	10 dias habiles	8 dias habiles		Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios	Sumatoria dias en que se respondia la queja/total de quejas de laboratorio	10 dias habiles	8 dias habiles	Lider de Proceso	Se dio respuesta y solucion a todas las quejas de los usuarios.	8 dias habiles
						Dar cumplimiento y hacer seguimiento a la respuesta de quejas y sugerencias de los usuarios en los plazos establecidos							

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
LABORATORIO CLINICO	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.	Mejora en la oportunidad en los resultados de los exámenes del servicio del Laboratorio Clínico	80%	85%	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	80%	85%	Talento humano de Laboratorio Clínico y Lider de Proceso	No se realizaron los indicadores ni las mediciones en los tiempos.	0%
			Manuales y protocolos actualizados y socializados.	90%	95%	Actualizar, socializar y medir adherencia a manuales y protocolos.	Medir adherencia a manuales y protocolos actualizados.	Manuales y Protocolos Actualizados y Socializados.	90%	95%	Lider de Proceso	Se evaluaron y se midió adherencia a los manuales, protocolos y procedimientos del Laboratorio Clínico.	95%
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Manuales y protocolos actualizados y socializados.	90%	95%	Actualizar y socializar a manuales y protocolos.	Evidenciar manuales y protocolos actualizados con su respectiva socialización	Documentos actualizados/total documentos	90%	95%	Talento humano de Laboratorio Clínico y Lider de Proceso	Se actualizaron y Socializaron todos los manuales.	95%
			Adherencia a manuales y protocolos del Laboratorio Clínico	50%	80%	Realizar guías de verificación para medir adherencia.	Medir adherencia a manuales y protocolos actualizados.	Personal con adherencia/total personal de laboratorio	50%	80%	Lider de Proceso	Se evaluaron y se midió adherencia a los manuales, protocolos y procedimientos del Laboratorio Clínico.	80%
		Mantener actualizados los sistemas de información.	Resultado de exámenes de laboratorio en el sistema de información DINAMICA.	95%	98%	Realizar verificaciones de los resultados de laboratorio en DINAMICA y las glosas presentadas.	Revisar glosas del Laboratorio Clínico.	Porcentaje de glosa	95%	98%	Talento humano de Laboratorio Clínico y Lider de Proceso	Se revisaron y se respondieron todas las glosas de Laboratorio Clínico.	98%
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Talento humano del laboratorio Clínico capacitado	60%	80%	Realizar capacitaciones continuas en temas de calidad en el Laboratorio Clínico y acreditación institucional.	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con Calidad analítica en el Laboratorio Clínico Asistir a las capacitaciones institucionales	Reuniones Grupales enfocadas en temas de calidad analítica. Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución	60%	80%	Talento humano de Laboratorio Clínico, Lider de Proceso y Gerencia.	Se realizaron algunas de las capacitaciones programadas en el plan de capacitación.	60%



CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
LABORATORIO CLINICO	<p>Estándar 34. Código: (AsREF3)</p> <p>En caso que el profesional del laboratorio o sus directivas necesiten referir una muestra de un usuario entre la red a un laboratorio de diferente complejidad, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, se deberán garantizar los siguientes procesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La organización cuenta con protocolos y criterios explícitos para los casos que se remiten: motivos de referencia, fechas, lugares, información del usuario, cuándo y dónde se remiten, entre otros. Estos protocolos están respaldados por la existencia de la documentación necesaria que respalde este proceso.</li> <li>• La organización garantiza que las remisiones a laboratorios de diferente complejidad cuentan con la información clínica relevante del paciente.</li> <li>• Brinda información clara y completa al usuario o su familia sobre los procedimientos administrativos a seguir</li> </ul>	1. Documentar el proceso de remision de muestras de laboratorio teniendo en cuenta lo solicitado en el estandar,	Manual de remision de muestras	95%	98%	Socializar manual de remision de muestras.	Socializar manual de remision de muestras.	Manuales socializados/total de manuales	95%	98%	Lider del proceso de Laboratorio	Se actualizo y se socializo el manual de remision de muestras.	100%
	<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</p>	4. Documentar el procedimiento de reacción inmediata de los eventos adversos , socializar, evaluar, y realizar seguimientos a su cumplimiento a través de la metodología de análisis de los eventos adversos y la implementación de las rondas con el enfoque e	Notificacion de eventos adversos	95%	98%	Realizar la Notificacion y el seguimiento de los eventos adversos	Reportar los eventos adversos presentados en los procesos y procedimientos del Laboratorio Clinico	Eventos adversos notificados/total de eventos adversos presentados.	95%	98%	Lider del proceso de Laboratorio	Se reportaron todos los eventos adversos presentados en el Laboratorio.	98%
	<p>Estándar 27. Código: (AsPL6)</p> <p>El proceso de planeación</p>	2. Evaluar adherencia al manual de toma de muestras en todos los puntos	Adherencia al manual de toma	90%	95%	Realizar lista de verificacion de adherencia al manual de toma de muestras	Evaluar adherencia a manual de toma de muestras	Personal adherido/total	90%	95%	Lider del proceso de	Se evaluo la adherencia al manual de toma de muestras.	95%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
LABORATORIO CLINICO	Estándar 35. Código: (AsPL14) El laboratorio clínico	2. Elaborar indicador de tiempos de entrega de laboratorios y estandarizarlo	Tiempo de entrega de	0%	40%	Realizar la medicion del tiempo de entrega de muestras tomadas al Laboratorio Clinico	Disminuir el tiempo de entrega de muestras al	Promedio del tiempo de	0%	40%	Lider del proceso de	No se midieron los tiempos. No se realizo el indicador.	0%
	Estándar 36. Código: (AsPL15) La organización garantiza que en el laboratorio clínico, patología e imagenología se asignan y conocen los responsables de los procesos y se cuenta con protocolos que definen criterios explícitos para:  • Competencias del personal responsable de la atención y mecanismos para su evaluación. • Marcación de elementos. • Información clínica mínima que deben contener las solicitudes de exámenes (inclusive aquellos que son de urgencias o se hacen en horario nocturno) y los reportes. • Registro de las órdenes que no cumplen con el criterio anterior; esta información es compartida y analizada con los profesionales que remiten o solicitan los exámenes, incluye un sistema de asesoría para el correcto diligenciamiento de las órdenes. • Verificación de la identidad del usuario que se coteja frente a la orden Estándar 38. Código: (AsPL17) El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.  • Se lleva registro de las acciones de control de calidad y de las acciones correctivas establecidas por	2. Revisar la competencias de los auxiliares de laboratorios y las de los auxiliares de enfermería, para el cumplimiento normativo.	Definicion de competencias del talento Humano de Laboratorio Clinico.	60%	80%	Realizar la definicion de las competencias que requiere el talento humano del Laboratorio para la institucion.	Identificar las competencias que debe tener el talento humano de Laboratorio Clinico para desarrollar sus actividades en nuestra institucion.	Actividades realizadas/total de actividades	60%	80%	Lider del proceso de Laboratorio	Se definieron las diferentes competencias del Talento Humano del servicio y se distribuyeron las funciones.	80%
		3. Fortalecer el proceso de inducción y de requisitos del personales para lograr garantizar la idoneidad del mismo en los servicios evaluados: laboratorio clinico e imageneología.	Definicion de competencias de una auxiliar de Laboratorio Clinico.	60%	80%	Realizar induccion al personal que ingresa al servicio de Laboratorio Clinico con una lista de chequeo	Fortalecer el proceso de induccion del talento humano para evitar fallas en los procesos.	Numero de personas que reciben induccion en el Laboratorio/Tot al de personas que ingresan al Laboratorio	60%	80%	Lider del proceso de Laboratorio	Todo el personal que ingreso al Laboratorio recibo induccion y re-induccion en los diferentes procesos.	80%
		7. Establecer el indicador de muestras rechazadas y revisar si el sistema Dinamica permite estas mediciones,	Muestras rechazadas por el Laboratorio Clinico	90%	95%	Revisar las muestras y rezachar aquellas que no cumplan con lo requisitos de una adecuada toma de muestras.	Identificar el numero de muestras rechazadas por una inadecuada toma de muestras.	Porcentaje de muestras rechazadas por el laboratorio.	90%	95%	Lider del proceso de Laboratorio	Se identificaron las muestras rechazadas en el respectivo formato.	95%
		8. Revisar desde el comité de historias clinicas el control con relación a las horas reales de solicitud de nuevas ordenes de laboratorio ya que en la actualidad estan registrandose en la hora de la primera solicitud.	Oportnidad en los resultados de Laboratorio Clinico desde que el medico envia la orden medica hasta el resultado en el sistema de informacion	0%	30%	Realizar la medicion del tiempo desde que el medico hace la solicitud del examen hasta que los resultados ingresan al sistema de informacion. Laboratorio Clinico	Medir la oportunidad de los pacientes de urgencias a los resultados de los exámenes de Laboratorio Clinico.	Promedio del tiempo de entrega de resultados/total de exámenes tomados.	0%	30%	Lider del proceso de Laboratorio	No se midieron los tiempos. No se realizo el indicador.	0%
		4. Establecer mecanismos para garantizar que el control de calidad que se ejecuta sea de pleno conocimiento de los colaboradores de laboratorio clinico de forma obligatoria, para garantizarlo .de forma continua	Procesamiento de muestras de control de calidad inetno diario y externo según cronograma de actividades	95%	98%	Procesar control de calidad interno y externo según cronograma de actividades	Datos de Control de calidad inetno en software de calidad y resultados de Control externo con sus respectivos analisis.	Muestras procesadas/total de muestras	95%	98%	Lider del proceso de Laboratorio y Bacteriologos	Durante todo el año se alimento con los datos diarios el software 24,7 de control de calidad interno.	98%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
Coordinación enfermería	Mejorar las competencias del personal de enfermería que trabaja en la ESE	Los resultados de las evaluaciones subjetivas periódicas mejorarán paulatinamente o se mantendrán cuando la línea base este ubicada en un puntaje por encima de 80 %	% de avance	0%	30%	Elaborar formato de evaluación subjetiva que permita medir el desempeño integral del empleado	Elaboración del formato en el primer trimestre del año	Elaboración del formato en el primer trimestre del año	0%	100%	Coordinación de enfermería	Se cuenta con una batería de preguntas que se aplica el personal que va a ingresar y que ya labora en la institución	100,00%
						Socializar el formato de evaluación con todas las partes implicadas en el proceso , incluidas las partes externas (Sindicatos)	Se socializara el formato de evaluacion periodica en todas las reuniones primarias	Socializar el formato en Reuniones primarias /Reuniones primarias porgramadas	0%	100%	Coordinación de enfermería	se realizo socializacion a la alta Gerencia y a sindicato Anthoc, y Hospitalizacion B	72,00%
						Aplicar el formato de evaluación subjetiva a todos los empleados durante el año	Se aplicara la evaluacion subjetiva como minimo una vez al año	Personal evaluado/Total del personal	0%	80%	Coordinación de enfermería	se realizo evaluacion al personal que tiene contrato por 3 meses, se realiza evaluacion comportamentales por parte del jefe del area, la de conocimientos se lleva evaluado los jefes, auxiliares de cirugia, neonatos, pediatria, hospitalizacion C,	45,00%
						Retroalimentar el resultado de la evaluación con cada trabajador	Se retroalimentara los resultados de la evaluación	Personal retroalimentado/personal evaluado	0%	60%	Coord Enfermería	Una vez realizado la evaluacion se realiza la retroalimentacion con cada uno de los evaluados, para su mejora (se establecen compromisos) o continuacion de su excelencia	100,00%
	Mejorar las competencias del personal enfermería que trabaja en la ESE	Los resultados de las evaluaciones subjetivas periodicas mejorarán paulatinamente o se mantendrán cuando la línea base este ubicada en un puntaje por encima de 80 %	% de avance	0%	30%	Elaborar un banco de preguntas para la realización de evaluaciones periodicas al personal	Elaboración de base de datos con preguntas	Elaboración del banco de preguntas en el primer semestre del año	0%	100%	Coord Enfermería	Se cuenta con una batería de preguntas que se aplica el personal que va a ingresar y que ya labora en la institución	100%
						Aplicar las preguntas de la base de datos en las evaluaciones periodicas programadas	Se aplicara la evaluacion objetiva como minimo una vez al año	Personal evaluado/Total del personal	0%	80%	Coord Enfermería	se realizo evaluacion al personal que tiene contrato por 3 meses, se realiza evaluacion comportamentales por parte del jefe del area,se realizo ademas a Hospitalizacion A, B, Cuidado Intermedio, Cirugia, la de actitu ya se realizo al grupo de jefes y cirugia, referencia	50%
						Retroalimentar el resultado de la evaluación con cada trabajador	Se retroalimentara los resultados de la evaluación	Personal retroalimentado/personal evaluado	0%	60%	Coord Enfermería	Una vez realizado la evaluacion se realiza la retroalimentacion con cada uno de los evaluados, para su mejora (se establecen compromisos) o continuacion de su excelencia	100%
	Mejorar las competencias del personal del área de enfermería que ingresa a trabajar en la institución	El personal que ingresa a trabajar en la institución poseerá las competencias requeridas en cuanto al manejo del sistema y conocimiento de protocolos institucionales al momento de su ingreso	% de avance	0%	50%	Elaborar un tutorial de manejo del sistema dinamica para enfermería	Se elaborará un tutorial de facil manejo para enfermería en el sistema dinamica	Elaboración del tutorial	0%	100%	Coord Enfermería-sistemas	No se ha realizado tutorial, lo que se ha realizado mientras se realiza la actividad, se amplio el tiempo de la induccion a 20 dias	0%
						Definir los criterios de evaluación y aprobación del personal que ingresa a trabajar en cuanto al manejo del sistema dinamica y protocolos y guias institucionales	Se elaborará una lista de chequeo para evaluar al personal que ingresa a trabajar en el área de	Elaboración de lista de chequeo	0%	100%	Coord Enfermería	se aprobo y ya se realiza con un grupo de enfermería el cual va a ingresar a trabajar mediante evaluacion escrita, juicio y entrevista	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
Coordinación enfermería						Definir los criterios de evaluación en cuanto a competencias del auxiliar de enfermería	enfermería y los criterios de aprobación	(evaluación)				visita y entrevista	100%
	Mejorar las competencias del personal de enfermería que trabaja en la ESE	El personal que trabaja en la institución reforzará conocimientos en las áreas de trabajo y patologías de frecuente manejo así como la información relevante para el funcionamiento de los servicios	%asistencia	0%	50%	Programación de las reuniones primarias	Se programarán reuniones primarias mínimo trimestrales por servicio y mensuales para el personal de enfermeros profesionales	Reuniones primarias realizadas/reuniones primarias programadas	0%	70%	Coord Enfermería-coordinadores de los servicios.	Reunion de servicios se realiza mensual al igual que la de los enfermeros	100%
						Asistencia a las reuniones primarias de los servicios	Se logrará asistencia de la mayoría del personal a las reuniones primarias programadas	Personal que asiste a las reuniones/personal del servicio	0%	50%	Coord Enfermería	Se garantiza la asistencia por lo menos al 50% del personal de cada uno de los servicios, estas reuniones se realizan mensual por cada uno de los servicios	50%
						Programación de capacitaciones sobre temas relacionados con enfermería	Se programarán capacitaciones/actualizaciones periódicas (bimensuales) sobre temas relacionados con enfermería	Capacitaciones programadas/capacitaciones realizadas	0%	60%	Coord Enfermería/Químico farmacéutico institucional/Su bdireccion científica	Se realizaron capacitaciones de Zika, guía de manejo de hipertensión en embarazadas, seguridad del Paciente, manejo del esquema basal bolo por parte de enfermería, ACLS, BLS, y atención a víctimas de violencia sexual las áreas de hospi A, B y C, urgencias, realizan capacitación de temas de interés y protocolos	78%
						Mantener el porcentaje de satisfacción de los usuarios	Mantener la satisfacción del usuario.	lación con la atención	80%	83%	Respuesta a las quejas de los usuarios	Dar respuesta a las quejas en los plazos establecidos	numero de respuesta a las quejas en los plazos establecidos/número total de quejas establecidas
						Socializar en los servicios los resultados de las encuestas de satisfacción de usuarios aplicadas por el SIAU, en lo concerniente a la atención de enfermería	Se socializará con enfermería	Resultados publi	0%	70%	Coordinador enfermería	se realizo socializacion con el servicio de Hospitalizacion B y el Area de Enfermería, para el caso de enfermería de urgencias se realizara socializacion de los resultados y se espera que de hay salgan oportunidades de mejora de acuerdo al resultado, de la satisfaccion	20%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
<b>SUBPROGRAMA:</b>													
SALUD ORAL	Diagnosticar y crear política que disminuya la fluorosis en el municipio	Implementar las políticas de salud bucal	Exposición a Fluor			reportar casos de fluorosis.	80% en el trienio	% de casos reportados		100%	odontólogos e higienistas	se realizo el 100% del reporte de casos de fluorosis. A partir del mes de noviembre del año 2016 se suspenden los reportes toda vez que no somos centinela en fluorosis.	100,00%
						educar a las gestantes en la importancia de prevenir la Fluorosis	80% de las gestantes que acuden al servicio de salud oral.	% de gestantes educadas en prevención de fluorosis.	100%	100%	odontólogos e higienistas	se cumple la educacion en embarazadas especialmente en el primer trimestre del embarazo.	80,00%
	disminuir el índice de COP en menores de 12 años.	Lograr en el trienio un índice COP (Cariados, obturados y Perdidos) de 2.3 en 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%	odontólogos E HIGIENISTAS.	se sigue cumpliendo con el reporte.	100,00%
						Garantizar el acceso a los servicios de salud oral.	50% de la población menor de 12 años atendida en salud oral (contratada)	% de cumplimiento de población atendida menor de 12 años	50	60%	ODONTOLOGOS E HIGIENISTAS	se desconoce el total de la población menor de 12 años cuyo servicio esta contratado con la institución.	0,00%
						Promocion de la salud oral atravez de programa radial.	12 actividades por año	TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS/TOTAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS	80%	80%	odontólogos e higienistas	se cumplio con los programas radiales de educacion en informacion en salud oral.	100%
	Estándar 24. Código: (AsPL3) En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se cuenta con mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.	1. Realizar la documentación y el soporte del procedimiento y la generación del indicador o medición que muestre el resultado de estas actividades				Diseño de un documento de cómo ofrecer información oportuna de autocuidado de salud oral. Ofrecer educacion en habitos saludable por parte del odontologo e higienista	Diseño de documento y medicion de indicador prueba piloto		100	100%		se entrego folleto de educacion en salud oral principalmente a paciente atendidos de primera vez(ver folleto)	100%
	Estándar 25. Código: (AsPL4) En las organizaciones que	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	Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la			Realizar auditoria a la historia clinica para verificar la efectividad del tratamiento	Realizar trimestral al 10% de la historias clinicas de usuarios con tratamiento terminado		0	50%		no se ha realizado auditoria de historia clinica odontologica.	0%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
SALUD ORAL	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.	3. Establecer un mecanismo para la toma de signos vitales previo a la consulta de Odontología.	prestación de los servicios.			Buscar mecanismos para implementar toma de signos Vitales en odontología	Capacitación a responsables de toma de signos vitales en area de odontología Realizar solicitud de insumos para toma Implementarlo en el area de odontología Incluirlo en la Historia Clínica los signos vitales		80	80%		se realizo capacitacion a los odontologos y auxiliares en la toma de signos vitales, pero no ha sido posible modificar la historia clinica e incluir los detos de signos vitales.	70%
		4. Documentar la ronda médica-odontologica como un control efectivo del tratamiento del paciente			Documento, socializar y evaluar la ronda medico-odontologica			100	100%		se relaizo documento y se socializo a los odontologos.	100%	
	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:	1. Realizar analisis de las necesidades y expectativas de los usuarios y de los pagadores y de acuerdo a esto ajustar portafolio de servicios				Diseño y aplicación de encuesta de necesidades de atención a los usuarios	Realizar estudio de mercado para ver viabilidad de aumento de portafolio de servicios en el area de odontología		0	50%		no se realizo	0
		2. Realizar revision,ajuste y analisis al indicador de oportunidad en la atencion de odontologia				Mantener actualizado indicador oportunidad en la atencion de odontologia e Higiene Oral			75	80%		se mantiene actualizado.	100%
		Aumentar la satisfacción del usuario.				Analizar estudios de satisfaccion para conocer las fallas del porque la insatisfaccion	De acuerdo a los resultados generar estrategias para aumento de la satisfaccion que este a nuestro alcance del area de odontologia e Higiene Oral		80	80%		no se reportaron quedas de usuarios al servicio.	
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.				Evaluacion Documentos generados en el SIG, y actualizarlos en el caso de que esten desactualizados	Actualizar y socializar los documentos del SIG		100	100%		se mantienen actualizados.	100%
		Mantener actualizados los sistemas de información.				Generar Informes estadisticos al día	Velar porque todo las atenciones que se hagan esten registrados en el sistema, verificando la ausencia de ingresos abiertos tanto en odontologos e Higienistas		90	90%		se entregan informes estadisticos los primeros dias de cada mes.	100%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
		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 area		70	100%		el 100% personal se capacito con el SENA.	100%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
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.	NUMERO DE EQUIPOS BAJO EL DOMINIO/TOTAL EQUIPOS DE LA ENTIDAD	60	100%	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 de seguridad y confidencialidad de la Información 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.	POLITICAS SOCIALIZADAS/TOTAL POLITICAS	60	100%	SISTEMAS, GERENCIA Y SUBGERENCIAS	Se documento el manual de seguridad informatica, pendiente aprobacion area de calidad; sin embargo se estan ejecutando las politicas establecidas dentro del manual excepto el area de facturacion.	40,00%
	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	SOFTWARE LICENCIADO /SOFTWARE LICENCIADO	80	100%	Identificar y diagnosticar la viabilidad de la adquisicion 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.	SOLICITUDES VIABILIZADAS/TOTAL DE REQUERIMIENTOS	80	100%		se adquirieron licencias de skype empresarial para viabilizar la conexión grupal entre lideres y agentes externos para mejoramiento de las areas de facturacion, cartera y auditoria y sistemas.	60,00%
	4.Mantener en apropiado funcionamiento los recursos hardware y software de la entidad.	Generar acciones preventivas para el adecuado funcionamiento del hardware y software.	NRO. DE MANTENIMIENTOS REALIZADOS/NUMEROS DE MANTENIMIETNOS PROGRAMADOS	30	100%	Realizar los mantenimientos establecidos según el cronograma establecido.	CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DEL 100% DEL CRONOGRAMA.	NRO. DE MANTENIMIEN TOS REALIZADOS/NUMEROS DE MANTENIMIETNOS PROGRAMADOS	30	100%		se establecio para el 2016 y se ejecuto en un 70%	70,00%
	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	1. Socializar el documento que describe el manejo del sistema de información.			20%	1. Socializar el documento que describe el manejo del sistema de información Dinámica.	Socializar el documento que describe el manejo del sistema de información Dinámica a quien lo amerita.	Numero de personas a las cuales se socializó/total de personas		20%		LO SOCIALIZA LOS LIDERES RESPONSALBES DE CADA PROCESO	60%
				20%	Elaborar instrumento para evaluar el conocimiento del sistema de información a todos los colaboradores	Elaborar instrumento para evaluar el conocimiento a todos los colaboradores quienes manejan dinamica gerencial	Documento Realizado		20%		FALTA DEFINIR ESTO CON CALIDAD	0%	
				20%	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	Numero de Personas evaluadas/total personas de la institución		20%		FALTA DEFINIR LA POLITICA DE COMO HACERLO	0%	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)		
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)					
SISTEMAS DE INFORMACION Y ESTADISTICA	Diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención a los pacientes.	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.			20%	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			20%			0%		
					20%	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			20%			0%		
	Estándar 29. Código: (AsPL8) La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordos 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	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.	Documento elaborado			20%	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	Documento elaborado			20%		FALTA DEFINIR EN COMITÉ DE HISTORIA CLINICA	0%
			Documento elaborado			20%	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	Documento elaborado			20%		FALTA DEFINIR EN COMITÉ DE HISTORIA CLINICA	0%
			Documento elaborado			20%	Elaborar procedimiento para diligenciamiento de historia clinica.	Elaborar un tutorial guiado para el diligenciamiento de historias clinicas	Documento elaborado			20%		FALTA DEFINIR EN COMITÉ DE HISTORIA CLINICA	0%
	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				20%	evaluar y actualizar guias, manuales, protocolo, etc y socializarlo (actualizar Caracterización del proceso)	tener los diferentes documentos actualizados y socializado				20%			60%
						20%	Mantener actualizados los sistemas de información.					20%			98%
						20%	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 con el area	promedio de asistencia de personal de partos/total de personal			20%		Se debe mejorar el cumplimiento de capacitaciones por personal por área	30%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
UNIDAD FUNCIONAL DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL HSE	Intervencion en riesgo psicosocial de los Colaboradores ocupacionalmente expuestos	Deteccion y seguimiento a todos los colaboradores del Hospital del sarare en salud mental por medio de la oficina de salud laboral y talento Humano	Porcentaje de cumplimiento de Programa de Riesgo Psicosocial.	0	33%	1. Consecucion de un Psicologo organizaconal. 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	El psicologo de ARL, apoyo la aplicacion de la bateria de riesgo psicosocial.	50%
								Presentacion del diagnostico, y seguimiento del mismo. (Desarrollo de talleres)	0%	100%		La ARL, presento el diagnostico a los lideres de proceso y direccion.	50%
								Cobertura Sensibilización: No de Clientes internos sensibilizados/N o total de clientes internos en la ESE * 100	0%	90%		No se se realizaron capacitaciones por falta de un profesional, Psicologo, para el desarrollo del programa de clima laboral, y riesgo piscosocial. Se llevo a cabo una socialización con 20 asistentes, de 528 funcionarios.	4%
								Contratación de un psicologo para la atención y seguimiento de los casos detectados, para consultorias individuales.		100%		No se contrato psicologo	0%
								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%		no se realizo atencion a los casos, por no tener psicologo que los asista. (Se programaron 105 atenciones individuales, y se ejecutaron 54)	15%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)	
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)				
UNIDAD FUNCIONAL DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL HSE	Mantener y mejorar las buenas condiciones de trabajo y salud laboral de los clientes internos	Prevención de accidentes y enfermedades laborales, en toda la población laboralmente expuesta.	Porcentaje de cumplimiento de la política	0	70%	1. Asignación de rubro presupuestal para el desarrollo de las actividades de Salud Ocupacional. 2. Verificar la afiliación de toda la población que labora en la institución a la ARL, incluyendo personal de cooperativas, y ops. 3. Visita a todos los 26 servicios para evaluar los riesgos laborales (Realización del diagnóstico de condiciones de trabajo (Panorama General de factores de Riesgo)). 4. Realización del diagnóstico de condiciones de Salud laboral.	Asignación de rubro presupuestal para el desarrollo de las actividades de Salud Ocupacional. -Cumplir con requisito de afiliación a riesgos profesionales de toda la población laboral de la ESE, incluyendo personal de cooperativas, y ops. -Realización del diagnóstico de condiciones de trabajo (Panorama General de factores de Riesgo). -Realización del diagnóstico de condiciones de Salud laboral.	Cobertura a ARL: No de clientes internos afiliados a ARL/No total de la población laboral en la ESE; incluyendo cooperativas *100	100%	100%	Gerencia y Salud Ocupacional	personal de la ESE: 528 personal de cooperativas: Asmedo: 31, y por 2 OPS, para un total de 33 especialistas Vigilantes: Total: Todos con afiliación a ARL.	100%	
								Cobertura de Servicios para diagnóstico de Condiciones de trabajo: No de servicios evaluados/No total de servicios en a ESE	100%	100%		Se logro la meta, se llevo el 100%. Se levanto el diagnostico de condiciones de trabajo: 29. Matrices de peligros levantados: 29.	100%	
								Cumplimiento del diagnostico de condiciones de salud	100%	100%		No se logro la meta, No se realizo diagnostico por no haber presupuesto, por la crisis financiera de la ESE.	0%	
	Brindar una capacidad de respuesta adecuada oportuna y eficaz a los eventos catastróficos de Emergencias y desastres				60%	90%	-Socializar la actualización del Plan de Emergencias Interno y Externo con todos los colaboradores de la ESE. - Consecución de los elementos para la atención de emergencias y desastres (Logística).	Socializar la actualización del Plan de Emergencias Interno y Externo con todos los colaboradores de la ESE. Consecución de los elementos para la atención de emergencias y desastres (Logística).	Cobertura de socialización del Plan: No Total de colaboradores socializados/ No Total de colaboradores en el Hospital, incluyendo cooperativa * 100	54%	70%	Unidad Funcional de Salud Ocupación al HSE. Comité de emergencias	Personal capacitado. 68 personas de 528. Se logro en cobertura el 13%, quedando el 57% por capacitar.	13%
									Consecución Logística para el Desarrollo del Plan: No de elementos suministrados/ No total de elementos solicitados * 100	50%	70%		no se logro adquirir por falta de presupuesto, por la crisis de la ESE.	0%
									Desarrollo del simulacro de emergencias	0%	100%		no se logro adquirir por falta de presupuesto, por la crisis de la ESE.	0%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
UNIDAD FUNCIONAL DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL HSE	Estandar 123. Código: (GAFB) La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo <b>CRITERIOS</b> • 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. • Se recolecta y difunde la información necesaria para la ejecución del plan. • Relaciones con las agencias de emergencias y desastres. • La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres. • Existe un proceso para la	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 estandar 123 de 2012	80%	90%	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 acomodar a los nuevos ingresos. (Plan externo) 4. Proceso de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios del Hospital para el plan interno.	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.	Mejoramiento de señalización de rutas de emergencias: No de rutas aptas para emergencias/No de rutas de emergencias señalizadas.	80%	85%	Unidad Funcional de Salud Ocupacional HSE. Comité de emergencias	no se logro la meta, no se pudo adquirir señalización por falta de presupuesto, por la crisis de la ESE.	80%



CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	VALOR ALCANZADO (31/12/2016)
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2015)	VALOR ESPERADO (31 dic-2016)			
UNIDAD FUNCIONAL DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL	Estándar 120. Código: (GAF2) La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico. <b>CRITERIOS</b> • 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 evaluación de su cumplimiento. • Manejo seguro del servicio de alimentación. • Condiciones del espacio físico para aislamiento. • El cumplimiento de legislación en materia de seguridad hospitalaria.	3. Documentar la investigación de Incidentes y Accidentes; socializarla y aplicarlos.	Promedio de calificación de estandar 123 de 2012	25%	50	Realizar seguimiento a la Socialización de Identificación de Peligros, Evaluación y Valoración de los Riesgos. e intervención de prioritarios		porcentaje de cumplimiento de intervenciones a los riesgos prioritarios	25%	50%	Salud Laboral HSE	El restante 25%, no se logro por falta de presupuesto.	25%
				25%	100	Documentar el Protocolo de detección (Reporte de AL), e investigación de Incidentes y Accidentes laborales.		Cumplimiento al	25	100%			100%
				100%	100	Socializar Protocolo de Detección (Reporte de Accidente laboral).	Socializar Protocolo de Detección (Reporte de Accidente laboral).	Porcentaje de cumplimiento: No de servicios de la ESE/ No de servicios socializado el protocolo * 100	25	100%			100%
				38%	80	Realizar Investigación de Incidentes y accidentes	Realizar Investigación de Incidentes y accidentes	Porcentaje de accidentes e incidentes investigados: : No de accidentes investigados/No de accidentes ocurridos en la ESE *100	38%	80%		Se presentaron 67 accidentes, y se gestionaron en su totalidad.	80%
				0%	70	Evaluar adherencia a el protocolo de reporte de accidente laboral.	Evaluar adherencia a el protocolo de reporte de accidente laboral.	Porcentaje de cumplimiento: No de servicios de la ESE con socializacion de protocolo/ No de servicios evaluados el protocolo * 100	0%	80%		Se socializo el protocolo a 32 servicios en total programados, quedando pendiente 4 servicios por evaluar.	87%
				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%		De 16 protocolos de limpieza y desinfección hospitalaria, se actualizaron 4.	25%
				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%		Se actualizaron 4 protocolos de limpieza y desinfección hospitalaria, y se socializaron 4	100%
						4. Actualizar protocolos de limpieza y desinfección; Evaluando la adherencia de los protocolo de limpieza y desinfección.	Promedio de calificación de estandar 123 de 2012						

