

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 el desarrollo 2016 - 2019											
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		cartera											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN A 31/12/2017
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROGRAMA:													
Cartera	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Garantizar la rentabilidad financiera de la institución.	(Cuentas Radicadas / Citas Recepcionadas)*100		80%	Contabilización de las Cuentas por Cobrar	Recaudar los servicios ofrecidos y prestados efectivamente.	(Cuentas Radicadas / Citas Recepcionadas)*100		80%	Líder Cartera	Las acciones realizadas reflejan una recuperación de cartera de \$ 44.064.982.618, lo que refleja un incremento del 29% con respecto al 2016	100%
			(Pagos contabilizados/Pagos ingresados en el mes)*100		90%	Contabilización de pagos		(Pagos contabilizados/Pagos ingresados en el mes)*100		90%	Líder Cartera		100%
			Empresas confrontadas/Total Empresas*100		90%	Confrontación y Depuración de los estados de cuenta de los clientes con subproceso de Contabilidad		Empresas confrontadas/Total Empresas*100		90%	Líder Cartera		90%
			Glosas reportadas a Auditoría Médica / Glosas registradas en cartera *100		100%	Registros y Causación de Glosas a diario		Glosas reportadas a Auditoría Médica / Glosas registradas en cartera *100		100%	Líder Cartera		100%
			Informes elaborados/Informes requeridos *100		100%	Elaboración de Informes, internos y externos		Informes elaborados/Informes requeridos *100		100%	Líder Cartera		100%
			Gestión de cobro realizado / No. De pagos obtenidos a empresas que gestionamos * 100		100%	Gestión de Cobro Vía Administrativa		Gestión de cobro realizado / No. De pagos obtenidos a empresas que gestionamos * 100		100%	Líder Cartera		100%
			Realización de cobro Persuasivo elaborados/ cobros persuasivos requeridos		100%	Realización Cobro Persuasivo		Realización de cobro Persuasivo elaborados/ cobros persuasivos requeridos		100%	Líder Cartera		100%
			Cobros Jurídicos realizados/Empresas a cobro jurídico *100		100%	Realización Cobros Jurídicos		Cobros Jurídicos realizados/Empresas a cobro jurídico *100		100%	Líder Cartera		100%
			Actualizar y socializar los documentos del proceso de cartera		100%	Realización del proceso de Circularización de Saldos		Actualizar y socializar los documentos del proceso de cartera		100%	Líder Cartera		100%
			Velar porque todos los movimientos de cartera estén registrados en el sistema.		90%	Llevar estadísticas al día recaudo por vigencias, glosas, facturación.		Velar porque todos los movimientos de cartera estén registrados en el sistema.		90%	Líder Cartera		100%
			Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Actualizar y socializar los documentos del proceso de cartera		70%		Revisión de la documentación del SGI, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar gestión de los procesos del SGI.	Actualizar y socializar los documentos del proceso de cartera			70%
Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE	Capacitaciones realizadas/total de capacitaciones Area		100%	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con los subprocesos de gestión y recuperación de cartera de acuerdo con la normatividad vigente. (dos capacitaciones anuales por cada persona perteneciente al área)	Mejorar el conocimiento del talento humano, frente a temas relacionados con el área	Capacitaciones realizadas/total de capacitaciones Area		100%	Personal Area de Cartera	No se evidencian capacitaciones en el área	0%		

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

DEPARTAMENTO:	ARAUCA
CÓDIGO DANE	81
PLAN DE DESARROLLO:	Humanizando el Desarrollo 2016 - 2019

PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017(Ejecución 30 septiembre a 31 Dic.2017)

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

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN	
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)			VALOR ESPERADO (31 dic-2017)	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)				VALOR ESPERADO (31 dic-2017)
GESTION DOCUMENTAL	GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJO PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	Realizar procesos técnicos, custodiar y conservar los acervos documentales e historias clínicas inactivas	Seguimiento y control de actividades archivísticas a realizar, mediante normas vigentes.	Total actividades ejecutadas / Actividades programadas			Servicio de consulta y prestamo	Realizar Seguimiento a documentos en calidad de prestamo ; Conservar y custodiar para evitar deterioro y perdida documental.	Documentos devueltos en el trimestre X100/ Documentos prestados en el trimestre + (mas) Documentos pendientes por devolver del trimestre anterior.	100%	100%	Aux.Administrativo de Archivo Y Técnico Atvo.	Control del Documento en calidad de prestamo se realiza , mediante formatos regamentarios (Sis-03-F11, F12, F13, F14, F22). Actividad que se efectua diariamente y por ende es prioritaria para el proximo año 2018.	100%
				Total actividades ejecutadas / Actividades programadas			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.	Cumplimiento de controles / controles establecidos	100%	100%		Existe falencias aplicación normas archivísticas (foliacion y diligenciamiento FUID), por parte responsables archivos de gestión.formatos F23.F26. Aunque la ejecución de la actividad por parte del subproceso gestión documental se maneja acorde con los parametros normativos	100%
				Total actividades ejecutadas / Actividades programadas			Control chequeo planta fisica- Estado de conservación depositos de archivo.	Verificar el estado de conservación según aspectos estructurales, de ubicación y condiciones ambientales.	Cumplimiento de controles / controles establecidos	70%	80%		En el Cuarto trimestre se ejecuto en un 71%. por lo tanto, no se alcanza a cumplir la meta del 100%, debido a que aun existen unidades de conservación que no cumplen la normatividad archivística establecida(madera, cajones, bolsas entre otros).El objetivo es mejorar las falencias, según las prioridades arrojadas por el PINAR(plan institucional de archivo).	71%
				Total actividades ejecutadas / Actividades programadas			Brindar Capacitación a responsables de archivos	Capacitar bajo parametros archivísticos	Capacitaciones Dictadas/ Capacitaciones programadas.	100%	100%		Tecnico Administrativo	Se realiza capacitacion a los responsables de archivo de gestion; sobre parametros archivísticos vigentes. La determinada actividad se ejecutará una por semestre.Por ende se llevará acabo nuevamente en el año 2018.

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
PROCESO GESTION DOCUMENTAL	GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJO PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	Recepción de comunicaciones oficiales.	Efectividad en la entrega de cada una de las comunicaciones oficiales recibidas por diferentes medios.	A= Total Comunicaciones oportunamente entregadas. B= Total de comunicaciones recibidas y radicadas			Recepción y radicación de comunicaciones oficiales y clasificación de las mismas según formato reglamentario 03-F08.	Radicar y entregar oportunamente a las dependencias las comunicaciones oficiales. vigilando su vencimiento de términos a las que requieran su respuesta.	A= Total de comunicaciones oportunamente entregadas. B= Total de comunicaciones recibidas y radicadas	95%	100%	Auxiliar Administrativo de la unidad de correspondencia	Toda comunicacion debe ser radicada y entregada oportunamente a los responsable a quien se dirige las solicitudes, se realiza control mediante formatos F05,F06,F07 y F08; por ende se refleja el cumplimiento oportuno en el respectivo Indicador.	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	Total actividades ejecutadas / Actividades programadas			Realización de reuniones Trimestrales	Convocar al Comité de Archivo Institucional	A=Nro. De convocatorias realizadas B= Nro. De Reuniones programadas durante el periodo	100%	100%	Técnico Administrativo	Se evidencia actas de comité de archivo y comité primario. Aunque las programadas para el 4 trimestre se aplazaron para el primer semestre el año 2018,	95%
	GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJO PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	Gestionar oportunamente ante los responsables de archivos de gestión la ejecución del cronograma de Transferencias .	Presentar Cronograma de transferencias primarias. implementando la aplicación de Tablas de Retención Documental (TRD)	Total actividades ejecutadas / Actividades programadas			Realizar Capacitación- Inducción sobre manejo basico archivístico-(TRD y FUID).	Capacitar permanentemente a los responsables de archivo de gestión en cumplimiento de TRD (inducción).	Colaboradores ingresados / capacitación-inducción bajo TRD	100%	100%	Técnico Administrativo	Capacitacion-Inducción; que ingresan a la institución o que son trasladados de cargo. sobre normas archivísticas (TRD-FUID), entre otros. Se evidencia mediante control de asistencia	100%
							Gestionar el cumplimiento del respectivo cronograma de transferencias, acorde con los requerimientos de las TRD aprobadas. E inventarios mediante el FUID..	Recepcionar y verificar la Organización de transferencias primarias vigentes mediante el formato FUID. Y bajo los parametros de las TRD. Aprobadas.	A= Nro. De Carpetas del archivo de gestión remitidas, acordes con las TRD x 100/ B= Nro. Carpetas de archivo de gestión que fueron recibidas durante el Trimestre	50%	100%	Técnico Administrativo	Transferencias mediante el FUID, Existe falencias debido a que no hay espacio suficiente para realizar la recepcion de los archivos de gestión.La determinada actividad se maneja mediante cronograma de transferencias y por ende bajo normas archivísticas(TRD-TVD)	90%
GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJO PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	Gestionar Aprobación de tablas de valoración documental(TVD). Ante el Consejo Departamental de Archivo.	Levantamiento de Tablas de Valoración Documental-TVD, bajo lineamientos de normatividad vigente. Una vez se encuentren aprobadas.	Total actividades ejecutadas / Actividades programadas			Gestionar aprobación del proyecto de Tablas de Valoración Documental- 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, para ejercer eliminación.	Total actividades ejecutadas / Actividades programadas	100%	100%	Técnico Administrativo	Se evidencia TVD elaboradas y aprobadas. Y actos Adtvos de aprobación y convalidación. (comité de archivo y Consejo Dptal).	100%	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
PROCESO GESTION DOCUMENTAL	GESTIONAR Y REALIZAR ACTIVIDADES BAJA PARAMETROS ARCHIVISTICOS MEDIANTE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	Presentar Informe archivístico, semestralmente ante el Consejo Departamental de Archivo	Efectividad en la Rendición de Informe Archivístico(bajo normas vigentes- Decreto 1080/2015).	Total actividades ejecutadas / Actividades programadas	100%	100%	Realizar Informe Archivístico, semestralmente.	evidenciar actividades bajo parametros archivisticos	Informes rendidos / Informes programados.	100%	100%	Tecnico Administrativo	1.- Se Reflejan cada una de las actividades del subproceso gestión documental, mediante la Plantilla función archivística (Julio -Dic/17). Actividad que se ejecutará semestralmente-año 2018.	100%
	Cumplimiento de los objetivos Institucionales	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Técnico Administrativo-subproceso gestión documental.	0%	100%	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%	Técnico Administrativo-subproceso gestión documental.	Se manejan ajustes al Subproceso; una vez direccione el sistema integrado de gestión. Se evidencia mediante 1.- Guías 2.- Manuales 3.- Procedimientos Los determinados instrumentos archivísticos se actualizan teniendo en cuenta los parametros normativos.	100%
		Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Técnico Administrativo-subproceso gestión documental.	100%	100%	5. Mantener actualizados los sistemas de información.	Registrar diariamente las diferentes actividades que se llevan en el Subproceso, mediante los registros del sistema integrado de gestión.			100%	100%	Técnico Administrativo-subproceso gestión documental.	Los determinados registros se efectuan diariamente en formatos de excel debido a que la institución no cuenta con un software para el Subproceso de Gestion Documental. Se evidencia formatos reglamentarios SIS-03-F01 - F34). Y Registros de Historias Clinicas Semiactivas(SIS-03-F35-F40) Se evidencia mediante instrumentos archivísticos del Subproceso Gestión Documental. Por ende se encuentran distribuidos en cada una de las actividades que se realizan durante el año.	100%
		Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Técnico Administrativo y Auxiliares administrativos del Subproceso Gestión Documental.	100%	100%	6. Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Asistir a capacitaciones que convoca la entidad, incitar a los integrantes del Subproceso. Buscar mecanismos de capacitación virtual, entre otros.			100%	100%	Técnico Administrativo y Auxiliares administrativos del Subproceso Gestión Documental.	Las determinadas capacitaciones; se evidencia mediante control de asistencia., y por ende bajo constancia o Diplomas. No se presentan evidencias de las respectivas capacitaciones porque a la fecha no han expedido las concernientes certificaciones, de los talleres realizados .	80%

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE - HOSPITAL DEL SARARE-COMPONENTE DE EFICACIA														
DEPARTAMENTO:				ARAUCA										
CÓDIGO DANE				81										
PLAN DE DESARROLLO:				Humanizando el Desarrollo 2016 - 2019										
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017														
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:		FACTURACION												
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	% PONDERADO EN EL PROGRAMA	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
				NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROGRAMA:														
FACTURACION	FORTALECIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL PROGRAMA DE FACTURACION	Consolidar las cuentas de los SOAT con los respectivos documentos		cuantificar las cuentas de SOAT y FOSIGA que se enivan a las empresas aseguradoras y a triple A	90%	95%	Definir el proceso y documentos requeridos para soportar las cuentas de ERP	95% de facturacion completa para cobro de las cuentas de ERP	Total de facturas ingresadas/ total de facturas liquidadas	90%	95%	FACTURACION	SE REALIZÓ LA RESPECTIVA VERIFICACIÓN INDIVIDUAL DE LAS FACTURAS REALIZADAS Y ENVIADAS A LAS ERP, PARA EL RESPECTIVO TRAMITE DE PAGO	95%
		Optimizar la atención del servicio al cliente		Mejorar la imagen corporativa	95%	95%	identificar factores que inciden en la inadecuada prestación de los servicios, sus consecuencias , y que generan reprocesos.	Disminuir el numero de quejas dirigidas hacia el área de facturacion	Realizacion de planes de mejoramiento % de area de Facturación.	95%	95%	TALENTO HUMANO, SERVICIO AL CLIENTE Y LIDERES DE PROCESO, FACTURACION	SEGUIMIENTO Y RETROALIMENTACIÓN A LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS PARA EVITAR AL MÁXIMO LAS INCONFORMIDADES DE LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS	85%
	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Facturar correctamente los servicios prestados en la institucion		indicador de oportunidad de factura correctamente diligenciada	95%	95%	seguimiento y verificacion estadistica mensual de facturas anuladas	Minimizar el numero de facturar anuladas por concepto error digitalizacion u otros conceptos	total facturas registradas/total facturas anuladas	95%	95%	COORDINADOR FACTURACION	SE REALIZA INFORME MENSUAL DE FACTURAS ANULADAS VS REALIZADAS	100%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	% PONDERADO EN EL PROGRAMA	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
				NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
FACTURACION	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	descentralizar la atencion del servicio de facturacion en hospitalizacion y admisiones		Establecer puntos de facturacion en cada uno de las areas de hospitalizacion	90%	95%	redistribucion 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 efectividad de facturas soportadas completas inmediatamente	90%	95%	COORDINADOR FACTURACION	EN VISTA DE LOS CAMBIOS INTERNOS EN REALIZADOS EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN SE ACONDICIONO PARA LA RESPECTIVA FACTURACIÓN EN LOS PISOS Y REDISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES PARA QUE FUERAN LIQUIDADAS EN FACTURACIÓN DE URGENCIAS	98%
		Mantener actualizados los sistemas de información.		Alimentar mensualmente con las bases de datos de las empresas el sistema de informacion.	60%	80%	Socializar con el cliente interno la informacion nueva que ingresa al sistema	mantener actualizadas las bases de datos de todas las empresas	% de efectividad en mantener las bases de datos al dia	60%	80%	COORDINADOR FACTURACION	EN BASE A LA CONTRATACION CON LAS EMPRESAS, SE REALIZO PRESION PARA LA ACTUALIZACION DE BASES DE DATOS SE REALICE PLAZO MAXIMO LOS PRIMEROS 5 DIAS DE CADA MES	100%
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.		realizar una capacitacion mensual por parte de talento humano para efectos de maximizar la prestacion de los servicios	70%	90%	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con el desarrollo del Area de Cuentas medicas	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 el desarrollo del Area de Cuentas medicas	numero de capacitaciones planeadas/numero de capacitaciones realizadas	70%	90%	TALENTO HUMANO Y COORDINADOR DE FACTURACION	SE REALIZA LA RESPECTIVA CAPACITACION INDIVIDUAL A CADA FACTURADOR EN BASE A LA RETROALIMENTACION QUE GENERAN LAS GLOSAS REVISADA Y AUDITADA POR LA DRA SANDRA FUENTES.	100%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)	ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)	RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
SUBPROGRAMA: CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD INSTITUCIONAL													
Seguimiento institucional	Gestión de la oficina de control interno en cumplimiento de la Ley 87 de 1993	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO Fortalecer el desarrollo de la política de administración de riesgos a través del adecuado manejo de los mismos, para garantizar el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.	No de mapas de riesgos de proceso construidos /Número de seguimientos realizados seguimiento a riesgos cada 4 meses	0%	90%	*Realizar seguimiento a los mapas de riesgos a todos los procesos del Hospital a los cuales se les haya realizado mapa de riesgos 2017 Municipal. *Realizar la evaluación y seguimiento a los mapas de corrupción del Hospital	Realizar seguimiento y monitoreo a los mapas de riesgos de los procesos. Cumplir con lo establecido en la Ley 1474 de 2011	No de mapas de riesgos de proceso construidos /Número de seguimientos realizados seguimiento a riesgos cada 4 meses	0%	90%	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.	Se evidencia seguimineto a los mapas de riesgo de los procesos (Planeación, Salud Oral, Pabellon quirurgico, Pabellon de Medicina Interna, Pabellon Neonatos, Ucim, Ginecobtetricia, Urgencias, Cirugia, Laboratorio clinico, Imágenes diagnosticas, farmacia, Almacen, Facturación, Gestion documental, Gestion de la Información, Servicio al cliente, Mantenimiento, Seguimiento Institucional, talentop Humano, Servicios Basicos)	80%
				0%	100%	*Consolidación la matriz de los planes de mejoramiento producto de las Auditorias Internas, Especiales y Externas de cada vigencia.*Seguimiento Trimestral al cumplimiento			0%	100%	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.	revisar auditorias externas asistencial (calidad)	100%
		EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO Desarrollar el componente "Evaluación Independiente" del subsistemas de "Control de Evaluación" del Sistema de Control Interno, con el fin de garantizar el examen autónomo y objetivo del Sistema de Control Interno, la gestión y resultados institucionales. Evaluar el sistema de control interno contable de acuerdo con la periodicidad y forma establecidas por la normatividad vigente.	Informes) presentados y publicado	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 cuatrimestral del cumplimiento al MECI 5. Elaboración de Informe semestral de seguimiento a derechos de petición quejas y reclamos 6. Elaboración de informes de derechos de autor 7. Evaluación cuatrimestral Plan Anticorrupción 8. Seguimiento y evaluación al Plan de Mejoramiento suscrito con la súper salud.	Cumplimiento de la presentación del informe En los términos de ley	Informes) presentados y publicado	95%	100%	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.	1. Se realizó informe informe Anual de cumplimiento al MECI vigencia 2016 2. Se realizó informe Control Interno Contable vigencia 2016 3. Se realizó Informe a la Contraloría Departamental vigencia 2016 4. Se realizó Evaluación por Dependencias al 50% 5. Se realizó informe del meci correspondiente al primer y segundo cuatrimestre del año, pendiente ultimo cuatrimestre. 6. Se realizó Informe de seguimiento a derechos de petición quejas y reclamos Correspondiente al primer semestre del año 7. Se realizó informe de derechos de autor correspondiente a vigencia 2016 8. Se realizó elaboración del plan anticorrupcion correspondiente a la vigencia 2017. 9. Se realizo seguimiento correspondiente a fecha de corte 30 de agosto. Pendiente ultimo seguimiento proyectado fecha limite 10 de enero de 2018 10. Se envió informe de plan de mejoramiento en el primer trimestre del año, realizando cierre del mismo	95,00%
			3 informes cuatrimestrales de Estado de Control Interno de la Entidad	0%	100%	*Registrar el Informe en Página Web de la Entidad.	Informe socializado y Página Web.	3 informes cuatrimestrales de Estado de Control Interno de la Entidad	0%	100%	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.	Pendiente informe del ultimo cuatrimestre	100%
			Informes de seguimiento mensual	100%	100%	Realizar informe de seguimiento a la publicación de los contratos a través de la Plataforma SECOP y SIA OBSERVA	Informes presentados y publicados	Informes de seguimiento mensual	100%	100%	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.	Se evidencia el 100% de la contratación en el SIA OBSERVA, pendiente subir a la secop el 95% de las OPS realizadas en el año	95%
			FOMENTO A LA CULTURA DEL CONTROL Fortalecer en los funcionarios del Hospital la conciencia para el ejercicio del autocontrol, autorregulación y autogestión.	Actividades realizadas/Actividades programadas	0%	80%	*Programar y desarrollar 2 actividades de fomento de la cultura de autocontrol. *Elaboración y Socialización trimestral del Boletín Interno de fomento a la cultura del autocontrol. *Realizar capacitaciones a Supervisores de contrato y responsables de estudios de conveniencia y oportunidad	Actividades realizadas	Actividades realizadas/Actividades programadas	0%	80%	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.	* Se realizó capacitación de fomento de la cultura de Autocontrol en el Simposio de Seguridad realizado en la presente vigencia.
	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica.	Garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE	4 informes de autoridad del gasto en el año 30 abril, 30 julio, 30 octubre y 30 enero	0%	100%	*Solicitar información a las áreas involucradas. *Realizar el informe de Austeridad en el gasto. * Hacer seguimiento a las recomendaciones.	Informes de Austeridad en el Gasto Público realizados	4 informes de autoridad del gasto en el año 30 abril, 30 julio, 30 octubre y 30 enero	0%	100%	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.		100%
		Aumentar la satisfacción del usuario.	2 informes semestrales de seguimiento a PQRS	100%	100%	*Realización seguimiento oportunidades de mejora identificadas en el informe de satisfacción de los usuarios. *Realizar seguimiento de la planeación, ejecución y evaluación de la audiencia pública de rendición de cuentas.	Informes de semestrales de PQRS	2 informes semestrales de seguimiento a PQRS	100%	100%	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.	Se evidencia informe semestral de seguimiento a PQRS (ENE-JUN), elaborado el 18 de Julio de 2017	50%
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	Informes de seguimiento	100%	100%	*Realizar seguimiento a la implementación del programa de seguridad del Pte.		Informes de seguimiento	100%	100%	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.		30%
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.		10%	90%	*Actualizar los documento del sistema integrado de gestión de la calidad del proceso	Actualizar en un 90% los procesos y procedimientos del área		10%	90%	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.		30%
Mantener actualizados los sistemas de información.	Informes de seguimiento	100%	100%	*Realizar seguimiento al cumplimiento de la estrategias de comunicación Ley de transparencia y acceso a la información publica *Realizar inventarios (participación en realización de inventarios)	Realizar 3 seguimientos al año	Informes de seguimiento	100%	100%	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.		33%		

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)	ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)	RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN	
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Actividades programadas/ Actividades ejecutadas	100%	100%	1. Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución. 2. Realizar mínimo dos capacitaciones mediante plataforma virtual u otros mecanismos, relacionadas con las funciones del proceso	Porcentaje de asistencia	Actividades programadas/ Actividades ejecutadas	100%	100%	Ing. Cheila A. Alvarado Rojas.		100%	
	Identificar los principales problemas de calidad (procesos prioritarios), y conocer cuál es la situación actual de las Organizaciones al respecto (calidad observada)	Mejorar la Eficacia y Eficiencia de la atención	Informes de seguimiento	100%	100%	1. Realizar Seguimiento a Eventos Adversos Trazadores y a los Indicadores de Calidad.	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	100%	100%	Dr. Vladimir Duran Osorio	Se realizo un informe de saeguimiento a los indicadores de Calidad (Resolucion 0256) y de produccion del Hospital de Sarare. Se evidencia Seguimiento y analisis de indicadores de Produccion de los tres primeros trimestres de la vigencia. Se evidencia solicitud de informe al programa de Seguridad del paciente sobre eventos Trazadores. Pendiente entrega	25%	
Seguimiento institucional		Verificacion de Cumplimiento de Requisitos de Habilitacion Resolucion 2003 de 2014 a Proceso SERVICIOS AMBULATORIOS	Informes de seguimiento	100%	100%	1. Realizar Auditorias Internas al Proceso Verifiando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoria de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervicion y gestion de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Lider de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	100%	100%	Dr. Vladimir Duran Osorio	se evidencian las siguientes auditorias: 2017-05-12- Informe de Auditoria Interna - C06 INFORME HOSPITAL DEL SARARE 2017-03-16 AUDITORIA INTERNA UNAP - RES 2003	50%	
		Verificacion de Cumplimiento de Requisitos de Habilitacion Resolucion 2003 de 2014 a Proceso URGENCIAS	Informes de seguimiento	100%	100%	1. Realizar Auditorias Internas al Proceso Verifiando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoria de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervicion y gestion de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Lider de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	100%	100%	Dr. Vladimir Duran Osorio	se evidencian las siguientes auditorias: 2017-09-09 - Informe de Auditoria Interna - C12 - URGENCIAS	50%	
		Verificacion de Cumplimiento de Requisitos de Habilitacion Resolucion 2003 de 2014 al Proceso FARMACIA	Informes de seguimiento	100%	100%	1. Realizar Auditorias Internas al Proceso Verifiando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoria de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervicion y gestion de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Lider de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	100%	100%	Dr. Vladimir Duran Osorio	se evidencian las siguientes auditorias: 2017-09-09 - Informe de Auditoria Interna - C15 - FARMACIA	50%	
		Verificacion de Cumplimiento de Requisitos de Habilitacion Resolucion 2003 de 2014 al Proceso APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Informes de seguimiento	100%	100%	1. Realizar Auditorias Internas al Proceso Verifiando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoria de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervicion y gestion de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Lider de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	100%	100%	Dr. Vladimir Duran Osorio	se evidencian las siguientes auditorias: 2017-09-09 - Informe de Auditoria Interna - C14 - LABORATORIO 2017-09-09 - Informe de Auditoria Interna - C13 - IMAGENES DIAGNOSTICAS	50%	
		Hacer seguimiento a los procesos misionales según los Estándares de Habilitación de acuerdo a la Normatividad vigente (Resolución 2003 de 2014) en el Hospital del Sarare.	Verificacion de Cumplimiento de Requisitos de Habilitacion Resolucion 2003 de 2014 al Proceso CIRUGIA	Informes de seguimiento	100%	100%	1. Realizar Auditorias Internas al Proceso Verifiando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoria de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervicion y gestion de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Lider de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	100%	100%	Dr. Vladimir Duran Osorio	se evidencian las siguientes auditorias: 2017-02-22 - Informe de Auditoria Interna - Cirugia-Esterilizacion	50%
			Verificacion de Cumplimiento de Requisitos de Habilitacion Resolucion 2003 de 2014 al Proceso REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Informes de seguimiento	100%	100%	1. Realizar Auditorias Internas al Proceso Verifiando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoria de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervicion y gestion de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Lider de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	100%	100%	Dr. Vladimir Duran Osorio	se evidencian las siguientes auditorias: 2017-05-12- Informe de Auditoria Interna - C06 INFORME HOSPITAL DEL SARARE	50%
			Verificacion de Cumplimiento de Requisitos de Habilitacion Resolucion 2003 de 2014 al Proceso INTERNACION	Informes de seguimiento	100%	100%	1. Realizar Auditorias Internas al Proceso Verifiando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoria de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervicion y gestion de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Lider de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	100%	100%	Dr. Vladimir Duran Osorio	se evidencian las siguientes auditorias: 2017-09-09 - Informe de Auditoria Interna - C16 - MEDICINA INTERNA 2017-09-09 - Informe de Auditoria Interna - C17 - GINECO 2017-09-09 - Informe de Auditoria Interna - C18 - QUIRURG 2017-09-09 - Informe de Auditoria Interna - C19 - NEONATOS	50%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)	ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)	RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
Seguimiento institucional		Verificación de Cumplimiento de Requisitos de Habilitación Resolución 2003 de 2014 al Proceso REHABILITACION	Informes de seguimiento	100%	100%	1. Realizar Auditorías Internas al Proceso Verificando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoría de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervisión y gestión de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Líder de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	100%	100%	Dr. Vladimir Duran Osorio	se evidencian las siguientes auditorías: 2017-09-09 - Informe de Auditoría Interna - C11 - SEDE B FISIOTERAPIA	50%
		Verificación de Cumplimiento de Requisitos de Habilitación Resolución 2003 de 2014 al Proceso GINECOSTETRICIA	Informes de seguimiento	100%	100%	1. Realizar Auditorías Internas al Proceso Verificando el cumplimiento de la normatividad vigente. 2. Identificar los hallazgos de la Auditoría de acuerdo al cumplimiento de la norma. 3. Realizar supervisión y gestión de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 4. Orientar al Líder de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 5. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	100%	100%	Dr. Vladimir Duran Osorio	se evidencian las siguientes auditorías: 2017-09-09 - Informe de Auditoría Interna - C17 - GINECO	50%
		Auditar el proceso de Selección del donante del Banco de Sangre.	Informes de seguimiento	100%	100%	1. Realizar Auditoría Cuatrimestral al Proceso Selección de donantes del Banco de Sangre. 2. Realizar supervisión y gestión de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 3. Orientar al Líder de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 4. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 3 seguimientos al año	Informes de seguimiento	100%	100%	Dr. Vladimir Duran Osorio	se evidencian las siguientes auditorías: 2017-04-14- Informe de Auditoría Interna - C04 encuestas del Donante 1 trimestre 2017 2017-07-11 - Informe de Auditoría Interna - C08 ENCUESTAS SEGUNTO TRIMESTRE	50%
	Verificar el cumplimiento de Decreto 1571 de 1993 del Proceso Banco de Sangre y servicio Transfusional	Auditar el servicio Transfusional del Banco de Sangre.	Informes de seguimiento	100%	100%	1. Realizar Auditoría semestral al Proceso Selección de donantes del Banco de Sangre. 2. Realizar supervisión y gestión de los Planes de Mejoramiento de los hallazgos. 3. Orientar al Líder de Proceso las actividades necesarias para subsanar el hallazgo. 4. Realizar las respectivas acciones de cierre de los hallazgos	Realizar 2 seguimientos al año	Informes de seguimiento	100%	100%	Dr. Vladimir Duran Osorio	se evidencian las siguientes auditorías: 2017-06-30 - Informe de Auditoría Interna - C07 FORMATOS SERVICIO TRANSFUSIONAL	50%
		Gestionar la Autoevaluación de los estándares de acreditación.	Informes de seguimiento	100%	100%	1. Gestionar las actividades del plan de acción del SIG relacionadas con el subsistema de Gestión de la calidad. 2. Gestionar al 100% las actividades del plan de mejora del proceso de mejoramiento continuo.	Informes PAMEC	Informes de seguimiento	100%	100%	Dr. Vladimir Duran Osorio	Se evidencia seguimiento al pamec en la siguiente ruta de la carpeta calidad: \\192.168.1.3\CarpetaCalidad\1. DIRECCION\9. Registros\PAMEC\2017\Informe Primer Seguimiento PAMEC 2017	50%
		Lograr el cumplimiento del plan de auditorías institucionales programado..	Informes de seguimiento	80%	80%	1. Definir programa de auditoría. 2. Desarrollar el programa de auditoría.	80% del cumplimiento Plana Anual de Auditoría	Informes de seguimiento	80%	80%	Dr. Vladimir Duran Osorio	En el Primer informe del Pamec 2017 se evidencia el 53% de cumplimiento	53%

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 EL DESARROLLO 2016-2019												
		PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017												
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:		PLANEACION												
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCION
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
PLANEACION	<p>Estándar 76. Código: (DIR 2)</p> <p>La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados. La organización garantiza la formulación participativa del plan estratégico, a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico de la organización. Los planes estratégicos y operativos son aprobados en la instancia que corresponda. Se han asignado y aprobado recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación. Existe un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico. La junta directiva evalúa el cumplimiento del plan estratégico. 	Estandarizar la formulación del plan estratégico a partir del direccionamiento estratégico que a su vez garantice la divulgación, seguimiento y evaluación.	Promedio de calificación de los estandares del SUA	Calificacion de acuerdo a la resolucion 123 de 2012	40,00%	80%	<p>Diseño de un procedimiento que defina la construcción participativa de planes estratégicos, de acción y operativos de la organización.</p> <p>Establecer la metodología de divulgación, seguimiento y evaluación.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.	Calificacion de acuerdo a la resolucion 123 de 2012	40,00%	80%	Planeacion	Se realizó manual para elaboración de plan de desarrollo e instructivo para elaboración y seguimiento de plan de Acción	80,00%
	<p>Estándar 156. Código: (MCC3):</p> <p>Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo. Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento Hace seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros. Retroalimenta a la organización, a los involucrados en los procesos de mejora y a los órganos de dirección para el análisis y la toma de decisiones. 	diseñar e implementar un proceso para la monitorización del mejoramiento de la calidad, que incluya	Promedio de calificación de los estandares del SUA	Calificacion de acuerdo a la resolucion 123 de 2012	10,00%	60%	<p>establecer las fechas de los seguimientos a los planes de mejora, con todas las actividades que hayan sido definidas en el documento de monitorización</p> <p>consolidar y analizar los resultados obtenidos en los seguimientos, estableciendo una metodología de registro propia (matriz, sabana, cuadro de registro físico o magnético entre otros) que permita conocer los avances e inconvenientes presentados.</p> <p>en los análisis deben estudiarse los indicadores que se plantearon en cada estándar</p>	Cronograma de seguimiento	Calificacion de acuerdo a la resolucion 123 de 2012	10,00%	60%	Planeacion		0,00%
	Monitorear estadística del plan de desarrollo institucional	Porcentaje de cumplimiento	numero de evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas		30,00%	75%	Actualizar trimestralmente el Estado del Plan de Desarrollo Institucional	Comparar trimestralmente metas del Plan de Acción con metas alcanzadas y formular los ajustes pertinentes.	numero de evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas	30,00%	75%	Planeacion	Se ha realizado trimestralmente evaluación de planes de acción y se ajustan a la metas del plan de desarrollo	70,00%

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	EJECUCION
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
PLANEACION	Realizar evaluacion y seguimiento a los diferentes planes que tien el hospital suscritos	Monitorear estadística del plan de Acción institucional	Porcentaje de cumplimiento		100,00%	100%	Orientar y acompañar a los responsables en la formulación de sus planes de acción respectivos.	Asesorar a líderes y/o personal en la formulación de los planes de acción		100,00%	100%	Planeacion	Se ha brindado asesoría personalizada a los líderes de proceso en la formulación y seguimiento de los planes de acción	70,00%
		Evaluar y actualizar el Plan Bienal de Inversiones	Porcentaje de cumplimiento		100,00%	100%	Evaluar el cumplimiento en la ejecución de las inversiones en infraestructura y dotación de servicios objeto de control.	Verificar porcentaje de cumplimiento de los planes de inversión	Porcentaje de cumplimiento	100,00%	100%	Planeacion	El hospital tiene tres proyectos (Equipos biomédicos, unidad móvil, Planta eléctrica) en fase de revisión por el ente de salud departamental, los cuales tienen disponibilidad de recursos con vigencia futura.	50,00%
			Porcentaje de cumplimiento		100%	100%	Elaborar propuesta de ajuste para la vigencia			100%	100%	Planeacion	Se realizó ajuste2 del plan bienal de inversiones	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	30%	100%	Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar y socializar los documentos del proceso	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso	30%	100%	Planeacion	Se actualizó la caracterización del proceso, se integró los riesgos de corrupción en el manual institucional para la gestión del riesgo, se realizó manual para elaboración de proyectos de inversión y procedimiento para la elaboración de planes de acción	80%
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Porcentaje de asistencia	promedio de asistencia de personal de partos/total de personal	100%	100%	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados	Asistir a las capacitaciones atención al usuario Realizar por lo menos una capacitación mediante plataforma virtual sobre temas relacionados	promedio de asistencia de personal de /total de personal	100%	100%	Planeacion	Se realizó una diplomado en formulación de proyectos. Se han asistido a capacitaciones realizadas por la función pública y el ente departamental	100%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN																																										
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 de 2016-2017)	VALOR ESPERADO (31 de 2017-2019)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 de 2016)	VALOR ESPERADO (31 de 2017-2019)																																													
QUIRÓFANO	<ul style="list-style-type: none"> Planificación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno- infantiles). Planificación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno- infantiles). Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pre- término, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resuscitación en recién nacidos (criterio específico para servicios materno- infantiles). Coordinación de la atención entre servicios para identificar e 	establecer los procedimientos de consejería (psico-social y psico-afectivo) para los casos descritos en el estándar en la atención del usuario y su familia	Porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas	total de actividades realizadas / total de actividades programadas	0%	80%	3. Establecer estrategias de comunicación e información frente a la información de los procedimientos 4. Establecer el procedimiento de apoyo al duelo y documentar las experiencias de vida de los pacientes a los que se les permite el acompañamiento en el momento previo a la muerte del paciente y a las intervenciones de apoyo espiritual en cirugía	80%	Porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas	total de actividades realizadas / total de actividades programadas	0%	80%	Atención al usuario, psicólogos, líder de proceso y coordinador de quirófano	NO SE ALCANZO A TRABAJAR JUNTO CON EL EQUIPO DE MEJ CALIDAD SOBRE ESTOS PROCEDIMIENTOS	NO CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR																																										
																Estándar 7. Código: (ASFP3) La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar a los pacientes y sus allegados en su seguridad.	Documentar, socializar y establecer el procedimiento para diligenciamiento de listas de chequeo cirugía segura	Porcentaje de Diligenciamiento de listas de chequeo cirugía segura	No.de pacientes a los que se les diligencia lista de chequeo incompleta /no. Total de pacientes a los que se les realiza lista de chequeo	70%	99%	Documentar la lista de chequeo cirugía segura y el procedimiento de diligenciamiento de esta, a todos los procedimientos quirúrgicos que se realizan en la institución. socializar a los colaboradores, usuarios y familiares la lista de chequeo cirugía segura implementar la lista de chequeo cirugía segura a todos los usuarios que ingresan para un procedimiento quirúrgico hacer seguimiento a las listas de chequeo cirugía segura diario y hacer los planes de mejora.	99%	Porcentaje de Diligenciamiento de listas de chequeo cirugía segura	No.de pacientes a los que se les diligencia lista de chequeo incompleta /no. Total de pacientes a los que se les realiza lista de chequeo	70%	99%	coordinador de quirófano y líder de proceso	PARA REALIZAR EL INDICADOR SE TOMA COMO REFERENCIA EL FORMATO CIX-02-F01 REGISTRO Y CONTROL DE LISTAS DE CHEQUEO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	NO CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR QUEDÓ EN 91%																											
																															Estándar 16. Código: (ASREG1) Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. Se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario.	1. Documentar el proceso de asignación de citas, registro y admisión de usuarios en el servicio de cirugía todos los servicios, teniendo en cuenta todo lo solicitado en el estándar	Aplicación de la lista de chequeo prequirúrgica	total de listas de chequeo realizadas/ total de usuarios programados	0%	90%	Realizar la guía de ingreso y egreso del usuario que incluya estancia, atención por el médico tratante y cuidados; copagos, tarifas de los procedimientos y cuotas moderadoras y documentación requerida según sus eps Utilizar los brazaletes de identificación una vez ingrese al servicio quirúrgico Campaña activa de identificación de los colaboradores de la institución al usuario y su familia Definir y documentar los riesgos de acuerdo a la condición del usuario a su ingreso Definir y documentar la priorización de los procedimientos quirúrgicos según el estado de salud del usuario Elaborar las indicaciones pre y post operatorias de los procedimientos mas frecuentes para la preparación previa a la realización de la cirugía	90%	Desde la admisión de la documentación hasta el traslado a sala de cirugía Desde la recuperación post anestesia hasta la salida del servicio quirúrgico	0%	50 minutos	Líder de proceso, coordinador de quirófano y subdirección científica	COMO INICIAL PARA LA CREACION DEL INDICADOR SE TOMO EL PROMEDIO DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN CIRUGIA. FORMATO CIX-02-F01	CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR 45 MINUTOS													
																																													• 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.	2. Revisar y elaborar las instrucciones necesarias para la preparación previa para la realización de cirugía programada	Promedio de cumplimiento del diligenciamiento de los consentimientos informados	Total consentimientos diligenciados / total de pacientes operados	0%	80%	1. Documentar el procedimiento para el diligenciamiento de consentimientos y desistimientos. 2. Revisar y ajustar los consentimientos a utilizarse en la institución 4. Articular los comites de historias clínicas y seguridad del paciente y socializar los resultados obtenidos y definir los criterios de auditoria y seguimiento de los consentimientos informados	80%	cumplimiento de las actividades programadas Numero de actividades ejecutadas a satisfacción/Actividades programadas.	%	90%	Líder de proceso, coordinador de quirófano y subdirección científica	CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR 90%
Estándar 15. Código: (ASPC15) 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:	2. Revisar y elaborar las instrucciones necesarias para la preparación previa para la realización de cirugía programada	Promedio de cumplimiento del diligenciamiento de los consentimientos informados	Total de muestras rechazadas/ total de muestras	0%	1%	1. Documentar e proceso de preparación de muestras de líquidos, solidas y bacaf incluyendo las criterios de envío de las mismas 4. Establecer un espacio para: Depósito de cadáveres Preparación, Manejo, embalaje de muestras de patología, biopsias y bacaf, al igual que el seguimiento de las muestras y resultados, al igual que rechazos de las muestras con oportunidad.	90%	Total de muestras rechazadas/ total de muestras tomadas	0%	0%	Líder de proceso, coordinador de quirófano y	NO SE DETECTARON MUESTRAS RECHAZADAS DURANTE EL AÑO	CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR																																												
														• 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 concuerdan con el criterio anterior	2. Revisar y elaborar las instrucciones necesarias para la preparación previa para la realización de cirugía programada	Promedio de cumplimiento del diligenciamiento de los consentimientos informados	Total de muestras rechazadas/ total de muestras	0%	1%	1. Documentar e proceso de preparación de muestras de líquidos, solidas y bacaf incluyendo las criterios de envío de las mismas 4. Establecer un espacio para: Depósito de cadáveres Preparación, Manejo, embalaje de muestras de patología, biopsias y bacaf, al igual que el seguimiento de las muestras y resultados, al igual que rechazos de las muestras con oportunidad.	90%	Total de muestras rechazadas/ total de muestras tomadas	0%	0%	Líder de proceso, coordinador de quirófano y	NO SE DETECTARON MUESTRAS RECHAZADAS DURANTE EL AÑO	CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR																														

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN	
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 de agosto de 2014)	VALOR ESPERADO (31 de agosto de 2015)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 de agosto de 2014)	VALOR ESPERADO (31 de agosto de 2015)				
		esta información es compartida y analizada con los profesionales que prepararon y procesaron las muestras de patología para ser procesadas	patologías rechazadas	muestras tomadas			7. Documentar y Establecer el indicador de muestras rechazadas y documentar las causas que motivaron al daño de la misma e informar al usuario sobre la retoma de la misma		rechazadas				subdirección científica			
		<ul style="list-style-type: none"> Verificación de la identidad del usuario que se coteja frente a la orden médica y a la marcación de los insumos utilizados en los procedimientos. Control de tiempos de traslado de muestras. Medición de la oportunidad de los reportes. Aceptación o rechazo de muestras o imágenes. Si se aceptan muestras con anomalías e imágenes dudosas, el reporte final. Estándar 37. Código: (ASPL1B) 					10. Integrar los criterios definidos en este estándar como de mejora al programa de seguridad del paciente para seguimiento y mejora.									
		<p>La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados. Si por alguna razón los resultados se van a demorar más de lo previsto, se tiene un sistema para avisar al profesional y/o al usuario de dicha demora. La explicación deberá estar acompañada de información precisa de cuándo estará el resultado. Adicionalmente, se analizarán las causas que ocasionaron la demora y se tomarán medidas al respecto. Para estos casos, generará un proceso de clasificación y ordenamiento de los exámenes y los procedimientos solicitados, basados en criterios de priorización, con el fin de evacuarlos por orden de urgencia. 	Definir, documentar, socializar y establecer el manejo, los tiempos y la verificación de los reportes de patologías	Tiempo de reporte de resultados de patología	16 DIAS	16DIAS	<p>1. Definir y documentar los tiempos de reporte de resultados de patología y establecer los mecanismos efectivos de divulgación para que lo conozca el cliente interno y externo.</p> <p>2. Definir los mecanismos de manejo con relación a los reportes que no son reclamados por los usuarios con apoyo de atención al usuario y comunicación pública.</p> <p>3. Establecer el instrumento de auditoría para la verificación de criterios del estándar y corroborar con las acciones de mejoramiento establecidas.</p> <p>4. Revisar y ajustar el proceso de almacenamiento de resultados de laboratorio, patología, cardiología e imagenología</p>	50%	Tiempo de reporte de resultados de patología	sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la toma de la muestra hasta la entrega de los resultados/Total de muestras tomadas en el mes	16%	20%	Lider de proceso, coordinador de quirófano	EL PROCESO DE DESDE LA TOMA DE LA MUESTRA SE HA MANTENIDO ALTO POR EL TIPO DE CONTRATACION YA QUE LAS MUESTRAS DEBEN SER TRASLADADAS A OTRO DEPARTAMENTO. SE SUGIERE PARA ESTE AÑO QUE EL MAXIMO DE RECOLECCION DE MUESTRAS DENTRO DE LA INSTITUCION SEA DE 5 DIAS Y EL DE LA ENTREGA DE RESULTADOS DE 8 DIAS Y DOS DIAS DE ENVIO PARA UN TOTAL DE 15 DIAS CALENDARIO	NO CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR QUEDADO EN 20 DIAS	
		Actualizar protocolos de limpieza y desinfección; Evaluando la adherencia de los protocolos de limpieza y desinfección.	Porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas	total de actividades realizadas / total de actividades programadas	0%	80%	<p>Documentar la clasificación de los elementos y áreas según el grado de criticidad y riesgo</p> <p>Evaluar la adherencia de protocolos de limpieza y desinfección del área quirúrgica</p>	100%	Porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas	total de actividades realizadas / total de actividades programadas	0%	80%	Lider de proceso, coordinador de quirófano, coordinador de servicios generales	EL MANUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL AREA QUIRURGICA SE MODIFICO PERO NO SE HA HECHO LA EVALUACION DE LA ADHERENCIA.	CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	
		<p>Estándar 120. Código: (GAF2)</p> <p>La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico.</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 altamiento. El cumplimiento de legislación en materia de seguridad hospitalaria. 	2. Documentar e implementar en la institución el manual de uso y reúso.	Porcentaje de cumplimiento de la desinfección de alto nivel	A. Numero de equipos sometidos a DAN que cumple con el periodo x100 B. Numero total de equipos sometidos a DAN supervisados en el periodo	0%	80%	<p>Documentar e implementar la política del no reúso y crear estrategias para hacer uso adecuado de los dispositivos médicos de un solo uso.</p> <p>Documentar e implementar el procedimiento para el control de reúso de los dispositivos médicos que se reúsan en la institución.</p> <p>documentar, socializar e implementar el métodos de esterilización y desinfección de alto nivel para los dispositivos médicos que se reúsan.</p>	100%	Porcentaje de cumplimiento de la desinfección de alto nivel	A. Numero de equipos sometidos a DAN que cumple con el procedimiento en el periodo x100 B. Numero total de equipos sometidos a DAN supervisados en el periodo	0%	80%	Lider de proceso, coordinador de quirófano	APENAS SE DOCUMENTO Y SE IMPLEMENTO PERO NO SE HA HECHO LA EVALUACION Y ADHERENCIA AL PROTOCOLO	CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR
			Porcentaje de tiempo de caducidad de esterilización del paquete estéril	A. Numero de productos que se esterilizan de nuevo por haber sobrepasado el tiempo de caducidad de esterilización en el periodo x 100. B. Numero total de productos esterilizados	0%	5%	Revisar el manual de buenas practicas de esterilización del MINSALUD y documentar los procesos de esterilización en la institución		Porcentaje de tiempo de caducidad de esterilización del paquete estéril	A. Numero de productos que se esterilizan de nuevo por haber sobrepasado el tiempo de caducidad de esterilización en el periodo x 100. B. Numero total de productos esterilizados	0%	5%	Lider de proceso, coordinador de quirófano	SE IMPLEMENTO EL INDICADOR SE SOCIALIZO PRUEBA PILOTO. SE EVALUO CON ESTE MEDICION ADHERENCIA AL FORMATO.	CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR 4%	
			Porcentaje de registro de la trazabilidad del material estéril.	A. Numero de pautas de supervisión que cumple al 100% los elementos medibles x 100. B. Numero total de pautas aplicadas en el periodo.	0%	90%	Reorganizar la infraestructura física de la central de esterilización para garantizar un ambiente físico seguro para el procesamiento de los dispositivos médicos que requieran procesos de esterilización.	100%	Porcentaje de registro de la trazabilidad del material estéril.	A. Numero de pautas de supervisión que cumple al 100% los elementos medibles x 100. B. Numero total de pautas aplicadas en el periodo.	0%	90%	Lider de proceso, coordinador de quirófano	SE CREARON LAS LISTAS DE VERIFICACION PERO FALTA IMPLEMENTARLAS	NO SE CUMPLIO	
			Porcentaje de cumplimiento de esterilización de implantes.	A. Numero de implantes esterilizados con control biológico negativo en el periodo x 100 B. Numero total de implantes esterilizados en el periodo.	0%	100%	Centralización del proceso dentro de la institución para hacer el adecuado control y seguimiento de los paquetes esteriles.		Porcentaje de cumplimiento de esterilización de implantes.	A. Numero de implantes esterilizados con control biológico negativo en el periodo x 100 B. Numero total de implantes esterilizados en el periodo.	0%	90%	Lider de proceso, coordinador de quirófano	SE IMPLEMENTO EL INDICADOR COMO PRUEBA PILOTO Y SE DETECTO MESES DONDE NO SE REGISTRA NINGUN INDICADOR BIOLÓGICO, FALTA SOCIALIZAR Y EVALUAR.	NO SE CUMPLIO	

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

DEPARTAMENTO:	ARAUCA
CÓDIGO DANE	81
PLAN DE DESARROLLO:	ES HORA DE RESULTADOS 2016 - 2019

PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017

DIMENSIÓN DEL PDD:	SOCIAL	META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:
SECTOR DEL PDD:	SALUD	CUARTO TRIMESTRE 2017 - OCTUBRE-NOVIEMBRE- DICIEMBRE 2017
PROGRAMA DEL PDD:	Coordinación enfermería	

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			

SUBPROGRAMA:

Coordinación enfermería	Mejorar las competencias del personal de enfermería que trabaja en la ESE	Los resultados de las evaluaciones subjetivas periódicas mejorarán paulatinamente o se mantendrán cuando la línea base este ubicada en un puntaje por encima de 80 %	% de avance	100%	100%	Elaborar formato de evaluación subjetiva que permita medir el desempeño integral del empleado	Elaboración del formato en el primer trimestre del año	Elaboración del formato en el primer trimestre del año	100%	100%	Coordinación de enfermería	se comenzo aplicar el formato con el personal de enfermería que ingresa y el resto del personal	100%
				72%	85%	Socializar el formato de evaluación con todas las partes implicadas en el proceso , incluidas las partes externas (Sindicatos)	Se socializara el formato de evaluación periodica en todas las reuniones primarias	Socializar el formato en Reuniones primarias /Reuniones primarias programadas	72%	85%	Coordinación de enfermería	Se socializo el formato de evaluación del personal con los coordinadores de cada servicio y personal disponible y referencia.	85%
				45%	80%	Aplicar el formato de evaluación subjetiva a todos los empleados durante el año	Se aplicara la evaluación subjetiva como minimo una vez al año	Personal evaluado/Total del personal	45%	80%	Coordinación de enfermería	se aplico el formato de evaluación a cada uno de los funcionarios a cargo, con el apoyo de cada coordinador de servicio.	85%
				45%	60%	Retroalimentar el resultado de la evaluación con cada trabajador	Se retroalimentara los resultados de la evaluación	Personal retroalimentado/personal evaluado	45%	60%	Coord Enfermería	con el apoyo de cada coordinador se ha retroalimentado los resultados de las evaluaciones y se han implementado planes de mejora.	80%
	Mejorar las competencias del personal enfermería que trabaja en la ESE	Los resultados de las evaluaciones subjetivas mejorarán paulatinamente o se mantendrán cuando la línea base este ubicada en un puntaje por encima de 80 %	% de avance	100%	100%	Elaborar un banco de preguntas para la realización de evaluaciones periódicas al personal	Elaboración de base de datos con preguntas	Elaboración del banco de preguntas en el primer semestre del año	100%	100%	Coord Enfermería	se realizo un banco de preguntas de los protocolos y guias de cada servicio	100%
				50%	80%	Aplicar las preguntas de la base de datos en las evaluaciones periódicas programadas	Se aplicara la evaluación objetiva como minimo una vez al año	Personal evaluado/Total del personal	50%	80%	Coord Enfermería	se realizaron evaluaciones según el cronograma de evaluaciones con el apoyo de cada coordinador de cada servicio.	80%
				100%	100%	Retroalimentar el resultado de la evaluación con cada trabajador	Se retroalimentara los resultados de la evaluación	Personal retroalimentado/personal evaluado	100%	100%	Coord Enfermería	se les envia el correo las evaluaciones a cada coordinador para que se le de a conocer al personal a cargo	80%
	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	% de avance	100%	100%	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%	50%	Coord Enfermería- sistemas	se le solicita a subdireccion científica para que a traves del ingeniero de sistemas se pueda hacer el tutorial	0%
				0%	100%	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 enfermería y los criterios de aprobación	Elaboración de lista de chequeo	0%	100%	Coord Enfermería	se realiza evaluaciones y listas de chequeo de protocolos y conocimientos básicos de auxiliares de enfermería y enfermeros	60%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN	
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)				
Coordinación enfermería		manejo del sistema y conocimiento de protocolos institucionales al momento de su ingreso		0%	100%	Definir los criterios de evaluación en cuanto a competencias del auxiliar de enfermería	Se elaborará una lista de chequeo para evaluar al personal que ingresa a trabajar en el área de enfermería y los criterios de aprobación en cuanto al desempeño en las competencias propias del cargo	Elaboración de lista de chequeo	0%	100%	Coord Enfermería	se realiza evaluaciones y listas de chequeo de protocolos y conocimientos básicos de auxiliares de enfermería y enfermeros	100%	
	Mejorar las competencias del personal de enfermería que trabaja en la ESE				78%	88%	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	78%	88%	Coord Enfermería- coordinadores de los servicios.	se realizaron reuniones primarias con el personal auxiliar de enfermería organizada por los coordinadores de cada área, fueron trimestral. Del personal de enfermería profesional se realizaron 10 reuniones en el año.	80%
			El personal que trabaja en la institución reforzará conocimientos en las áreas de trabajo y patologías de frecuente manejo así como la información relevante para el funcionamiento de los servicios	%asistencia	50%	60%	Asistencia a las reuniones primarias de los servicios	Se logrará asistencia de la mayoría del personal a las reuniones primarias programadas	Personal que asiste a las reuniones/personal del servicio	50%	60%	Coord Enfermería	se realizo estadística del personal que asistia a las reuniones mensuales donde se evidencia que asiste el 55%, el objetivo es que el 90% asista a las reuniones, y cuando falten sean con excusas justificadas.	60%
					78%	88%	Programación de capacitaciones sobre temas relacionados con enfermería	Se programarán capacitaciones/actualizaciones periódicas (bimensuales) sobre temas relacionados con enfermería	Capacitaciones programadas/capacitaciones realizadas	78%	88%	Coord Enfermería/Quimico farmaceutico institucional/Subdireccion científica	se realizo un cronograma de actividades del primer semestre y segundo semestre donde se realizo el diplomado y curso de medicina crítica y urgencias al personal profesional y técnico. Simposio de seguridad del paciente, servicios humanizados	80%
	Mantener el porcentaje de satisfacción de los usuarios	Mantener la satisfacción del usuario.	%satisfacción del usuario en relación con la atención del personal de enfermería	100%	100%	Respuesta a las quejas de los usuarios	Dar respuesta a las respuesta de quejas en los plazos establecidos	numero de respuesta a las quejas en los plazos establecidos/ número total de quejas establecidas	100%	100%	Coord Enfermería	se dio respuesta a las quejas presentadas, donde se le dio a conocer a las personas implicadas y cada uno de los coordinadores de los servicios, para los planes de mejora.	100%	
				20%	50%	Socializar en los servicios los resultados de las encuestas de satisfacción de usuarios aplicadas por el SIAU, en lo concerniente a la	Se socializará con enfermería los resultados de las encuestas de	Resultados publicados por SIAU/ Resultados	20%	50%	Coordinador enfermería	no se ha socializado los resultados de las encuestas	50%	
	Mejorar la competencia del personal de enfermería en la disminución de glosas (llevando registros clínicos completos, aplicación de medicamentos por sistemas etc.)	Realizar las funciones correspondientes de los registros clínicos y demás para evitar glosas.		0%	30%	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 socializara con el personal de enfermería de los resultados en la disminución de las glosas	número de glosas por registros clínicos por parte de enfermería/número total de glosas por registros clínicos por parte de enfermería	0%	30%	coordinación de enfermería	no se ha socializado los resultados de las encuestas	0%	

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		HUMANIZANDO EL DESARROLLO 2016-2019											
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL											
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		LABORATORIO CLINICO											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROG													
LABORATORIO CLINICO	Contribuir al Fortalecimiento la red de laboratorios para garantizar el cumplimiento de sus funciones de acuerdo a la normatividad.	Identificar todos los eventos de vigilancia en salud publica que requieran la toma de muestras.	Porcentaje de eventos notificados a la red de laboratorios	100%	100%	Envío de muestras de eventos de interes en salud publica.	Verificar en conjunto con vigilancia epidemiologica institucional los casos sospechosos y hacer envío de muestras al Laboratorio de Salud Publica	Porcentaje de cumplimiento de envío de muestras	100%	100%	Coordinacion de Laboratorio Clinico y vigilancia epidemiologica institucional	Se evidencia el envío de las muestras tomadas	100%
		Mantener actualizado el sistema de informacion de referencia y contrareferencia de datos a la red de laboratorios	Porcentaje de envío de reportes oportunos	100%	100%	Envío de informes oportunos a la red de laboratorios	Enviar oportunamente los informes solicitados por el Laboratorio de Salud Publica	Porcentaje de cumplimiento de informes enviados oportunamente	100%	100%	Coordinacion de Laboratorio Clinico	Se evidencia envío mensual de Informes	100%
	Identificar e informar oportunamente los casos de serologias reactivas de los casos de sífilis congenita	Contribuir a Reducir en un 5% los casos de sífilis gcongenita por año	Tasa de sífilis congenita	99%	100%	Subcontratacion de examen confirmatorio para sífilis y compas de pruebas rapidas par diagnostico de sífilis	Contratacion de Laboratorio de referencia y compas de insumos	Contratacion efectiva	70%	Contrato legalizado vigente	Subgerencia cientifica, Gerencia, Coordinacion de Laboratorio Clinico	Se realizó contrato con laboratorio de Referencia durante todo el año 2017	100%
	Incrementar los ingresos por venta de servicios de salud	Ampliar el portafolio de servicios del Laboratorio Clinico	Demanda satisfecha de exámenes especializados	100%	100%	Subcontratacion de exámenes especializados	Contratacion de un Laboratorio de Referencia	Contratacion efectiva	40%	Contrato legalizado	Subgerencia cientifica, Gerencia, Coordinacion de Laboratorio Clinico	Se realizó contrato con laboratorio de Referencia durante todo el año 2017	100%

LABORATORIO CLINICO	Confiabilidad del resultado del Laboratorio para la seguridad del paciente	Implementar un sistema de control de calidad interno	Sistema de calidad implementado para el Laboratorio Clinico	95%	96%	Compas de insumos que garanticen la calidad en las corridas analiticas	Implementacion de los procesos de calidad	Numero de procesos de calidad instalados	95%	96%	Coordinación de Laboratorio Clinico y Bacteriologos	No hubo contratación oportuna durante el año 2017. Se observa impacto negativo en los demas procesos	60%
	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Aumentar la satisfacción del usuario.	Usuarios satisfechos en el servicio de Laboratorio Clinico	8 dias habiles	8 dias habiles	Dar cumplimiento y hacer seguimiento a la respuesta de quejas y sugerencias de los usuarios en los plazos establecidos	Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios	Sumatoria dias en que se respondia la queja/total de quejas de laboratorio	8 dias habiles	8 dias habiles	Lider de Proceso	Se evidencia contestación en los tiempos establecidos	100%
			Manuales y protocolos actualizados y socializados.	95%	96%	Actualizar, socializar y medir adherencia a manuales y protocolos.	Evidenciar manuales y protocolos actualizados con su respectiva socializacion	Manuales y Protocolos Actualizados y Socializados.	95%	96%	Lider de Proceso	Se evidencia socializacion y evaluación de manuales y protocolos	100%
		Mantener actualizados los sistemas de información.	Resultado de exámenes de laboratorio en el sistema de informacion DINAMICA.	98%	99%	Realizar verificaciones de los resultados de laboratorio en el sistema de informacion y las glosas presentadas	Revisar glosas del Laboratorio Clinico.	Porcentaje de glosa	98%	95%	Lider de Proceso	Se realizó verificación del sistema de información y glosas cuando fue requerido	100%
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Talento humano del laboratorio Clinico capacitado	80%	85%	Realizar capacitaciones continuas en temas de calidad en el Laboratorio Clinico y acreditacion institucional.	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con Calidad analitica en el Laboratorio Clinico Asisitir a las capacitaciones institucionales	Grupales enfocadas en temas de calidad analitica. Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion	80%	85%	Talento humano de Laboratorio Clinico, Lider de Proceso y Gerencia.	No Se evidencia Capacitaciones en el personal del area	0%
			Instructivo con las instrucciones para la preparacion de los pacientes para la toma de muestras.	95%	96%	Actualizar un instructivo didactico con las instrucciones de preparacion para la toma de muestras de los usuarios.	Actualizar procedimiento de preparacion del paciente de toma de muestras de Laboratorio Clinico	Documentos realizados/total documentos	96%	90%	Lider del proceso de Laboratorio	Se realizó instructivo didactico para la reparacion para la toma de muestras de los usuarios. Se entrega en la oficina del siau y de	90%
	Estándar 23. Código: (AsPL2) Existe un proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluye implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta. En cualquier tipo de organización, esta planeación incluye: • Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia	4. Documentar el procedimiento de reacción inmediata de los eventos adversos, socializar, evaluar, y realizar su seguimiento 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	98%	99%	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.	98%	95%	Lider del proceso de Laboratorio	Se realizaron las notificaciones y seguimiento a los eventos adversos presentados durante el año	90%

LABORATORIO CLINICO	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competencias del personal responsable de la atención y mecanismos para su evaluación. • Marcación de elementos. • Información clínica mínima que deben contener las solicitudes de exámenes (inclusive aquellos que son de urgencias o se hacen en horario nocturno) y los <p>Estándar 36. Código: (ASPL17) El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se lleva registro de las acciones de control de calidad y de las acciones correctivas establecidas por la organización, las cuales son conocidas y analizadas. • Se lleva un registro actualizado de las calibraciones que se hacen para cada prueba cuantitativa en el laboratorio, indicando fecha y resultados de los controles obtenidos. • El laboratorio tiene un sistema para comparar los resultados del control de calidad externo de las pruebas de proficiencia contra estándares válidos de desempeño, para todas las pruebas que realiza en el laboratorio. 	3. Fortalecer el proceso de inducción y de requisitos del personales para lograr garantizar la idoneidad del mismo en los servicios evaluados: laboratorio clínico e imageología.	Definicion de competencias de una auxiliar de Laboratorio Clínico.	80%	90%	Realizar induccion al personal que ingresa al servicio de Laboratorio Clínico con una lista de chequeo	Fortalecer el proceso de induccion del talento humano para evitar fallas en los procesos.	Numero de personas que reciben induccion en el Laboratorio/Total de personas que ingresan al Laboratorio	80%	90%	Lider del proceso de Laboratorio	Se realiza inducción y se aplica lista de chequeo al personal que ingresa a la institución	95%
		7. Establecer el indicador de muestras rechazadas y revisar si el sistema Dinamica permite estas mediciones,	Muestras rechazadas por el Laboratorio Clínico	95%	96%	Revisar las muestras y rezachar aquellas que no cumplan con lo requisitos de una adecuada toma de muestras.	Identificar el numero de muestras rechazadas por una inadecuada toma de muestras.	Porcentaje de muestras rechazadas por el laboratorio.	95%	96%	Lider del proceso de Laboratorio	Se revisaron la totalidad de las muestras y se descartaron las que no cumplen	100%
		2. Solicitar adquisicion de los controles de calidad faltantes(inmunologia especial, uroanálisis)	Aquisicion de Controles de calidad inetrno y externo	98%	99%	Realizar contratos de compra de insumos para contrlres de calidad.	Mantener un adecuado control de calidad en todas la eras del Laboratorio.	Controles adquiridos/total de contoles.	98%	99%	Lider del proceso de Laboratorio y Gerencia	No hubo contratación oportunadurante el año 2017. Se observa impacto negativo en los demas procesos	60%
		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 inetrno diario y externo según cronograma de actividades	98%	99%	Procesar control de calidad interno y externo según cronograma de actividades	Datos de Control de calidad inetrno en software de calidad y resultados de Control externo con sus respectivos analisis.	Muestras procesadas/total de muestras	98%	99%	Lider del proceso de Laboratorio y Bacteriologos	Se procesaron y enviaron controles según cronograma	98%

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 EL DESARROLLO 2016-2019											
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		salud oral											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROGRAMA:													
SALUD ORAL	disminuir el índice de COP en menores de 12 años.	Lograr en el trienio un índice COP (Cariados, obturados y Perdidos) de 2.3 en niños de 12 años	Promedio de Índice COP de consultantes menores de 12 años	100%	100%	reporte las variables para el cálculo del índice de COP.	100% de los consultantes.	% DE REPORTE	100%	100%	odontólogos e Higienistas.	Se realiza en la historia clínica odontológica de primera vez	100,00%
					60%	Garantizar el acceso a los servicios de salud oral.	50% de la población menor de 12 años atendida en salud oral (contratada)	% de cumplimiento de población atendida menor de 12 años		60%	ODONTÓLOGOS E HIGIENISTAS		0,00%
				100%	80%	Promoción de la salud oral a través de programa radial.	12 actividades por año	TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS/TOTAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS	100%	80%	odontólogos e higienistas	SE realizaron programas educativos para la comunidad en temas relacionados con salud oral. No se cumplió el valor esperado debido a que la institución para la presente vigencia no contaba con personal encargado del área de comunicaciones	50%
					80%	realizar educación en salud que acude por primera vez a la atención odontológica.	80% de los usuarios de primera vez	usuarios que se les realiza educación en salud oral/ usuarios de primera vez en odontología e higiene oral.		80%	odontólogos e higienistas	Se realizó inducción a la demanda y se evidencia soporte de entrega de documentación a las EPS	100%
	Estándar 25. Código: (AsPL4) En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.	2. Realizar la verificación del cumplimiento del plan de tratamiento seguro a través de la auditoría de la historia clínica y de verificación en campo seguro.	Historias Clínicas Auditadas/Total de Historias Clínicas	0%	50%	Realizar auditoría a la historia clínica para verificar la efectividad del tratamiento	Realizar trimestral al 5% de la historias clínicas de usuarios con tratamiento terminado	Historias Clínicas Auditadas/Total de Historias Clínicas	0%	50%	Lider del proceso	Se documentó el proceso de diligenciamiento de Historia Clínica, pendiente aprobación para aplicar auditorías	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	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SALUD ORAL	Estándar 49. Código: (AsEV4) La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Portafolio de servicios de la institución. • Detección de necesidades y expectativas del usuario y su familia. • Mecanismos para medir la adherencia al plan de tratamiento. • Indicadores de efectividad y oportunidad. 	2. Realizar revision, ajuste y análisis al indicador de oportunidad en la atención de odontología	Sumatoria total de días transcurridos en que el paciente solicita la cita para ser atendido y la fecha para la cual se le asigna la cita/numero total de citas asignadas en la institución	75%	80%	Mantener actualizado indicador oportunidad en la atención de odontología e Higiene Oral	Asignación de Citas con oportunidad entre 1-3 días	Sumatoria total de días transcurridos en que el paciente solicita la cita para ser atendido y la fecha para la cual se le asigna la cita/numero total de citas asignadas en la institución	75%	80%	Lider del proceso	El indicador se cumple. Oportunidad de Atención entre 1 y dos días	93%
SALUD ORAL	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Aumentar la satisfacción del usuario.		80%	80%	Analizar estudios de satisfacción para conocer las fallas del porque la insatisfacción	De acuerdo a los resultados generar estrategias para aumento de la satisfacción que este a nuestro alcance del área de odontología e Higiene Oral		80%	80%	Lider del proceso	Se evidencia mejoramiento de los Servicios de Odontología e Higiene oral con respecto al año anterior	80%
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Porcentaje de documentación Actualizada	90%	90%	Evaluación Documentos generados en el SIG, y actualizarlos en el caso de que estén desactualizados (actualizar caracterización del proceso)	Actualizar y socializar los documentos del SIG	Porcentaje de documentación Actualizada	90%	90%	Lider del proceso	Se evidencia actualización y aprobación de documentación del proceso	90%
		Mantener actualizados los sistemas de información.	Informes generados Oportunamente/ Totalidad de Informes Solicitados al área	90%	90%	Generar Informes estadísticos al día	Velar porque todo las atenciones que se hagan esten registrados en el sistema, verificando la ausencia de ingresos abiertos tanto en odontólogos e Higienistas	Informes generados Oportunamente/ Totalidad de Informes Solicitados al área	90%	90%	Lider del proceso	Se verifica periodicamente que todas las actividades realizadas se facturen	90%
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	Numero de Capacitaciones Realizadas/Total de Capacitaciones del Area	70%	80%	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con odontología e Higiene Oral	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institución Realizar por lo menos una capacitación mediante plataforma virtual sobre temas relacionados al área	Numero de Capacitaciones Realizadas/Total de Capacitaciones del Area	70%	80%	Lider del proceso	Se realizaron capacitaciones que la institución brindó en temas relacionados con seguridad del paciente	80%

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

DEPARTAMENTO: CÓDIGO DANIE		PLAN DE DESARROLLO:		PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017		META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:							
ACACUA		HUMANIZANDO EL DESARROLLO		SOCIEDAD SALUD		FARMACIA							
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDS)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
FARMACIA	mejorar la seguridad del paciente	disminuir el riesgo de los efectos adversos de medicamentos y dispositivos médicos por el ingreso de los elementos externos	Demanda satisfecha - productos entregados/productos solicitados*100	40%	60%	proyectar la oferta de servicio	Hace un diagnóstico de rotación de inventarios en unidades	diagnostico elaborado	40%	60%	QUIMICO FARMACEUTICO	No se evidencia realización de inventarios de acuerdo al tiempo establecido por el manual de propiedad planta y equipo, solo se evidencia análisis de inventarios del mes de Diciembre, por tanto no se tiene un diagnóstico de rotación ajustado	40,00%
				80%	80%	Creación del stock	contar con un Stock suficiente para garantizar el suministro de medicamentos a nuestros usuarios	cumplimiento de cantidades del stock	60%	80%		Se evidencia creación de stock del 75% de los productos del área de Farmacia	75,00%
		programa de control y vigilancia de medicamentos sobrantes	porcentaje de almacenamiento en áreas autorizadas	50%	80%	Socialización al cuerpo de enfermería de los servicios de protocolos de control y vigilancia	Socialización de protocolos al 50% del personal de enfermería	50%	80%	Se realizó socialización sin evidencia	50,00%		
	Entrega de medicamentos y material médico quirúrgico oportuno según la necesidad del paciente y para la satisfacción y buen trato del mismo	Racionalizar el uso de los productos farmacéuticos	Dosis adecuada de medicamentos	50,00%	70%	Hacer seguimiento y control a manejo de canastas de procedimientos quirúrgicos fomentando el uso racional de los productos farmacéuticos	lograr por servicios el uso racional del producto	consumo de canastas solicitadas/canastas entregadas	50,00%	70%	QUIMICO FARMACEUTICO	El seguimiento realizado por el área de farmacia a las canastas de procedimientos quirúrgicos evidencia que el cambio de área de la farmacia de cirugía a generado inconvenientes en la entrega, aumentando de faltante	0,00%
	Garantizar la entrega oportuna de los medicamentos de control especial o franja violeta solicitados	Garantizar la entrega al 100% los medicamentos franja violeta (medicamentos de control especial) de uso intrahospitalario	% de Medicamentos solicitados / Medicamentos despachados	75,00%	100%	realizar adquisición oportuna de los medicamentos de control especial de acuerdo a las necesidades.	Adquirir el 100% de los medicamentos requeridos	% de adquisición de medicamentos	100%	100%	QUIMICO FARMACEUTICO	Se han adquirido oportunamente los medicamentos de control especial.	100%
	Revisar y ajustar el programa de farmacovigilancia incluyendo Diseño del plan farmacológico de tratamiento.	Aplicación de programa de Farmacovigilancia	% de Cumplimiento de la actividades	30%	100%	Revisar y ajustar el programa de farmacovigilancia incluyendo Diseño del plan farmacológico de tratamiento.	Dar cumplimiento al programa de Farmacovigilancia según lo estipula la normatividad vigente	% Cumplimiento de las actividades	20%	100%	QUIMICO FARMACEUTICO	Se evidencia el cumplimiento del programa con reuniones periódicas	100%
	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la política de uso racional de antibiótico. • Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere. • Participación del servicio farmacéutico. • Participación de infectología si la complejidad lo requiere. • Reconciliación de medicamentos al ingreso. • Farmacovigilancia. • Señales de alarma y mecanismos para la separación de medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración. • Revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos. • Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente (este criterio) 												
	Realizar seguimiento al programa de farmacovigilancia a todos los colaboradores asistenciales de la institución					75%							
	Aumentar la satisfacción del usuario.	quejas contestadas/total de quejas recibidas	100%	100%	Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios	Dar cumplimiento a la respuesta de quejas en los plazos establecidos	quejas contestadas/total de quejas recibidas	100%	100%	QUIMICO FARMACEUTICO	Se han contestado oportunamente las PQRS interpuestas por los usuarios. Se observan que las quejas referidas son principalmente por la ausencia de medicamentos	100%	
	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Actualizar y socializar los documentos del proceso de cartera	0%	100%	Revisión de la documentación del SGI, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar gestión de los procesos del SGI.	Actualizar y socializar los documentos del proceso de cartera	100%	100%	QUIMICO FARMACEUTICO	Se evidencia actualización de Documentación	100%
Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.		Personal Capacitado/total personal del área	0%	100%	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con atención al usuario	Asiste a las capacitaciones convocadas por la institución en aspectos relacionados Realizar por lo menos una capacitación mediante plataforma virtual sobre temas relacionados	Personal Capacitado/total personal del área	100%	100%	QUIMICO FARMACEUTICO	Se evidencian 10 Capacitaciones al año	100%	

SISTEMA DE EVALUACION DE LA GESTION DEPARTAMENTAL-COMPONENTE DE EFICACIA														
DEPARTAMENTO:			ARAUCA											
CODIGO DANE			81											
PLAN DE DESARROLLO:			HUMANIZANDO EL DESARROLLO 2016-2019											
PLAN DE ACCION AÑO 2017														
DIMENSION DEL PDD:			SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:			SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:			SUMINISTROS E INSUMOS											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN 30/12/2017	
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)				
SUBPROGRAMA														
ALMACEN Y SUMINISTROS	Administrar y preservar los bienes adquiridos por la institución con oportunidad y calidad, contribuyendo al cumplimiento de la misión institucional.	ADMINISTRAR EN SU TOTALIDAD LOS BIENES DEVOLUTIVOS Y DE CONSUMO QUE SON ADQUIRIDOS POR LA INSTITUCION.	BIENES ENTREGADOS/BIENES SOLICITADOS	94%	100%	CONTROLAR CADA UNO DE LOS MOVIMIENTOS QUE SE LE HACEN A LOS DIFERENTES BIENES DEVOLUTIVOS Y DE CONSUMO DEL HOSPITAL	REALIZAR SEMESTRALMETE INVENTARIO DE ACTIVOS.	INVENTARIO REALIZADO/INVENTARIOS PROGRAMADOS	94%	100%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN	ESTA EN TRAMITE DE ADQUISICION DE NUEVAS PLACAS CON CODIGO DE BARRAS Y UN SISTEMA OPERATIVO DE ACTIVOS FIJOS	0%	
				95%	100%		REALIZAR TRIMESTRALMENTE INVENTARIOS DE LOS ELEMENTOS DE CONSUMO Y MEDICAMENTOS	INVENTARIO REALIZADO/INVENTARIOS PROGRAMADOS	95%	100%		PARA ESTA VIGENCIA SOLO SE REALIZARON DOS INVENTARIOS, POR MOTIVOS DE PARAMETRIZACION DE CODIGO DE BARRAS, Y TOMA FISICO POR PRIMERA VEZ EN DINAMICA GERENCIAL	50%	
				100%	100%		REGISTRAR GRAFICAMENTE CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD DE LAS BODEGAS BAJO RESPONSABILIDAD DIRECTA DEL ALMACEN	REALIZAR EN LA JORNADA DE LA MAÑANA Y TARDE EL REGISTRO DE	REGISTRO DIARIO/ REGISTRO MENSUAL	100%		100%	META DIARIA	100%
				NLB	95%		REALIZAR RECEPCION DE INSUMOS CONFORME A LOS REQUERIMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL INVIMA	DILIGENCIAR FORMATO DE RECEPCION DE INSUMOS	PORCENTAJE DE FORMATOS REALIZADOS	NLB		95%	A LLEGADA DE SUMINISTROS	100%
ALMACEN Y SUMINISTROS	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	4. Optimizar la gestión de los procesos del SGL.	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso	60%	70%	Revisión de la documentación del SIG, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente. (ACTUALIZAR CARACTERIZACION DEL PROCESO)	EVALUAR LAS GUIAS MANUALES Y FORMATOS DEL PROCESO Y AJUSTARLOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE	DOCUMENTOS ACTUALIZADOS/TOTAL DOCUMENTOS REQUERIDOS DEL PROCESO	60%	70%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS	SE HIZO UN MANUAL Y SE ACTUALIZO UN FORMATO	70%	
				95%	100%	Llevar el sistema actualizado	REALIZAR LAS ORDENES DE DESPACHO E INGRESOS PERIODICAMENTE SEGUN LA NECESIDAD DE LOS SERVICIOS Y/O DEPENDENCIAS.		95%	100%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS	SEGUN SOLICITUD O REQUERIMIENTO DE LOS USUARIOS INTERNOS	100%	
				90%	90%	Realizar depuración del Sistema	REALIZAR LAS ACTIVIDADES PARA LA REALIZACION DE BAJAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS/ACTIVIDADES PLANEADAS	90%	90%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS	ESTA EN PROCESO DE PARA ENERO-2018, SOPORTADO SEGUN ACTA DE REUNION DEL COMITÉ DE INVENTARIO	30%	
				17%	100%	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con el proceso	2 CAPACITACIONES EN CURSOS ACORDES AL PROCESO PARA TODO EL PERSONAL DEL AREA.	CURSOS REALIZADOS/CURSOS PLANEADOS	17%	100%	ALMACENISTA, APOYO LOGISTICO DE ALMACEN, TECNICO ADMINISTRATIVO EN ACTIVOS	SE RECIBIO CAPACITACION DEL MODULO INVENTARIOS Y ACTIVOS FIJOS DINAMICA GERENCIAL Y LAS MIPG	100%	

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CÓDIGO DANE		81												
PLAN DE DESARROLLO:		HUMANIZANDO EL DESARROLLO 2016-2019												
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017														
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL					META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:							
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:		SERVICIO DE CUIDADO INTERMEDIOS												
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN OCTUBRE-DICIEMBRE 2017	
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)			VALOR ESPERADO (31 dic-2017)	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)				VALOR ESPERADO (31 dic-2017)
INTERVENCIÓN	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Aumentar la satisfacción del usuario.	Porcentaje de implementación de actividades que promueven la humanización en el servicio de cuidado intermedio	% de implementación de actividades que promueven la humanización en el servicio de cuidado intermedio / actividades propuestas para el año 2017	10%	50%	1. Realizar charlas educativas de sensibilización sobre la humanización en el servicio de cuidado intermedio (para su evidencia se contará con registro de asistencia de los usuarios y fotos)	Se realizara por lo menos una actividad trimestral en el servicio de cuidado intermedio tendiente a promover el trato humanizado	Actividades realizadas/Actividades propuestas	0	0,3	Lider de proceso de cuidado intermedio - coordinador de enfermería	Se realizo actividad de humanización en la atención , realizada por la Psicologa institucional , a la cual asisto personal de enfermería, médicos y terapeutas respiratorios .	75%
							2. Socializar en el servicio de cuidado intermedio los resultados de las encuestas de satisfaccón de usuarios que realiza el SIAU (Registro de asistencia institucional)	Cada uno de los colaboradores que hacen parte del servicio de cuidado intermedio conocerá el resultado del informe semestral de satisfacción de usuarios	numero de servicios a los que se les socializo los resultados /Numero de servicios que conforman internacion	0,00%	70%	Lider y coordinador de cuidado intermedio - coordinador de enfermería	Se socializo a los lideres de los procesos, los resultados de la encuestas de satisfaccón del primer trimestre y estos resultados se colocaron en la cartelera del servicio para dar a conocer a los funcionarios .	50%
							3. Establecer mecanismos de comunicación con la etnia indígena mayoritaria que consulta a nuestra institución	Se contará con un glosario de términos mas comunes del idioma u'wa en un sitio visible en el servicio de cuidado intermedio	Visitas trimestrales al servicio de cuidado intermedio por parte de la coordinación de enfermería verificando cumplimiento de la meta / Total de visitas anuales	50,00%	80%	Lider y coordinador de cuidado intermedio - coordinador de enfermería	Se evaluo con el personal del servicio las nuevas palabras agregadas al glosario institucional	90%
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	Porcentaje de cumplimiento de las actividades que se proponen para cumplir lameta del proyecto	Numero de actividades propuestas para cumplir lameta del proyecto / porcentaje de actividades ejecutadas	0,1	0,6	Realizar el analisis del 100 % de las muertes ocurridas en el servicio de cuidado intermedio	Se realizara el analisis del 100 % de las muertes ocurridas en el servicio	Numero de muertes analizadas /Numero de fallecimientos presentados el el periodo	0,00%	50%	Lider y coordinador de cuidado intermedio	Se ha realizado el 100% de las muertes ocurridas en el servicio, analizando las principales causas, distribucion por edades , y si eran prevenibles o no.. Analisis que se esta realizando desde el mes de abril	75%
							Realizar el analisis del 100 % de los reingresos por la misma causa al servicio de cuidado intermedio	Se realizara el analisis de minimo en 80 % de los casos de reingresos portamisma causa antes de 20 dias	Numero de reingresos por la misma causa al servicio / total de egresos en el periodo	0,00%	50%	Lider y coordinador de cuidado intermedio	Se realizo el analisis de los reingresos por la misma causa en el servicio a partir del mes de junio .	50%
							Participar en el analisis y las actividades relacionadas con los eventos adversos que ocurran en internacion	Conocer , identificar y apoyar el programa de seguridad del paciente en los eventos adversos ocurridos cada mes en el servicio de cuidado intermedio	Numero de eventos adversos analizados en conjunto/ Numero de eventos adversos presentados	0,00%	50%	Lider de Proceso - coordinador de enfermería..	A partir del segundo trimestre se ha realizado el analisis de los casos de eventos adversos que se han detectado y presentado en el servicio, proponiendo acciones de mejora interna . Sigue sin obtenerse por parte del programa de seguridad del paciente sobre notificaciones de eventos adversos ocurridos en el servicio ni las acciones de mejora que se hayan planteado en el comité	75%
							Evaluación a los 2 protocolos: enfermería mas frecuente en el servicio de cuidado intermedio trimestralmente	El personal del servicio de cuidado intermedio reforzará los conocimientos sobre dos protocolos trimestralmente	% de los protocolos evaluados / Total de los protocolos propuestos (8)	10,00%	85%	Lider de Proceso - coordinador de enfermería..	Se realizó evaluación a los protocolos de administracion de medicamentos y control de signos vitales . Se aplicó lista de chequeo de verificación de adherencia al protocolo de administracion de medicamentos.	100%
		3. Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Actualización y seguimiento a los documentos asociados al proceso	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso	10%	0,9	Aplicar lista de chequeo de la adherencia a un protocolo mas frecuente en el servicio de cuidado intermedio trimestralmente	Verificar la adherencia lista de chequeo de la adherencia a los protocolos institucionales	Porcentaje aplicación de listas de chequeo de los protocolos seleccionados/ total de protocolos propuestos (4)	10,00%	75%	Lider de Proceso - coordinador de enfermería..	Se aplicó lista de chequeo de verificación de adherencia al protocolo de administracion de medicamentos .	75%
							Revisión de la documentación del SGI, y actualizar según la normatividad vigente y nuevas guía de gestión documental	Actualizar la documentación de área	DOCUMENTOS ACTUALIZADOS/TOTAL DOCUMENTOS REQUERIDOS DEL PROCESO	0,1	90%	Lider y coordinador de Proceso	En el cuarto trimestre del año se hizo la revisión y actualización de registros, listado maestro de documentos externos e internos , adicionando nuevos registros.	100%

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CÓDIGO DANE		81												
PLAN DE DESARROLLO:		HUMANIZANDO EL DESARROLLO 2016-2019												
		PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017												
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:		PABELLON GINECOOBSTETRICIA												
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO <small>(Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)</small>	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN DICIEMBRE 2017
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROGRAMA:														
INTERNACIÓN	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Aumentar la satisfacción del usuario.	Porcentaje de implementación de actividades que promueven la humanización en el pabellon de ginecoobstetricia	% de implementación de actividades que promueven la humanización en el pabellon de ginecoobstetricia / actividades propuestas para el año 2017	10%	50%	1. Realizar charlas educativas de sensibilización y humanización en el pabellon de ginecoobstetricia(para su evidencia se contara con registro de asistencia de los usuarios y fotos)	Se realizara por lo menos una actividad trimestral en el pabellon de ginecoobstetricia tendientes a promover el trato humanizado	Actividades realizadas/Actividades propuestas	50%	60%	coordinador ginecoobstetricia - coordinador de enfermería	se realizaron charlas educativas a través del convenio docencia servicio con las instituciones de cedeccpro y esedco.se cuenta con firmas de asistencia y registro fotografico.	50%
							2. Socializar en el pabellon de ginecoobstetricia los resultados de las encuestas de satisfaccion de usuarios que realiza el SIAU(registro de asistencia institucional)	colaboradores que hacen parte del pabellon ginecoobstetricia conocerá el resultado del informe semestral de satisfaccion de usuarios.	numero de colaboradores asistente / total de trabajadores por pabellon	0%	70%	coordinador pabellon ginecoobstetricia- coordinador de enfermería	Se reviso el informe del primer trimestre que nos dio a conocer servicio al cliente de satisfaccion del usuario a el personal de ginecologia a través del grupo wahatssap	50%
							3. Establecer mecanismos de comunicación con la etnia indigena mayoritaria que consulta a nuestra institución	se contara con un glosario de terminos mas comunes del idioma uwa en un sitio visible en el pabellon de ginecoobstetricia	visitas trimestral al pabellon de ginecoobstetricia por coordinacion de enfermería verificando la meta /total de visitas anual	0,00%	80%	coordinador pabellon de ginecoobstetricia , coordinador de enfermería	se socializo con el personal el glosario uwa con las nuevaS palabras que se adicionaron en el tercer trimestre y se realizo evaluacion al personal.	80%
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestacion de los servicios.	Porcentaje de cumplimiento de las actividades que se proponen para cumplir la meta del proyecto	Numero de actividades propuestas para cumplir la meta del proyecto/ porcentaje de actividades ejecutadas	10%	60%	Participar en el analisis y las actividades relacionadas con los eventos adversos que ocurren en el pabellon de ginecoobstetricia.	y apoyar el programa de seguridad del paciente en los eventos adversos ocurridos cada mes en el pabellon de ginecoobstetricia.	Numero de eventos adversos analizados en conjunto/ Numero de eventos adversos presentados	0,00%	50%	coordinador de pabellon de ginecoobstetricia, referente del programa seguridad del paciente,coordinador de enfermería.	no se ha recibido notificacion por parte de seguridad del paciente sobre eventos adversos de este cuarto trimestre	25%
							Evaluación a 2 protocolos de enfermería mas frecuente trimestral en el pabellon de ginecoobstetricia	el personal de enfermería del pabellon de ginecoobstetricia reforzara los conocimientos de 2 protocolos trimestralmente.	% de los protocolos evaluados / Total de los protocolos propuestos (8)	10,00%	85%	coordinador ginecoobstetricia - coordinador de enfermería..	se realizo evaluacion de los 2 ultimos protocolos administracion de medicamentos y signos vitales al personal del pabellon de ginecologia.	100%
							aplicar lista de chequeo a la adherencia a un protocolo mas frecuente en el pabellon ginecoobstetricia trimestralmente	verificar la adherencia a los protocolos institucionales	%de aplicacion de listas de chequeo de los protocolos seleccionados / total de protocolos propuestos (4)	10%	75%	coordinador ginecoobstetricia- coordinador de enfermería	se aplico lista de chequeo a los protocolos de administracion de medicamentos.	100%
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	actualizacion y seguimiento a los documentos asociados al pabellon de ginecoobstetricia	DOCUMENTOS ACTUALIZADOS/TOTAL DOCUMENTOS REQUERIDOS DEL PROCESO	10	90	Revisión de la documentacion del SGI, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar la documentación del área	DOCUMENTOS ACTUALIZADOS/TOTAL DOCUMENTOS REQUERIDOS DEL PROCESO	10	50%	coordinador de ginecoobstetricia,coordinador de enfermería	se realizo actualizacion de los documentos faltantes registros y listados maestros.	100%

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CÓDIGO DANE:		81												
PLAN DE DESARROLLO:		HUMANIZANDO EL DESARROLLO 2016-2019												
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017														
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:		PABELLON DE PEDIATRIA Y NEONATOS												
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCION JUNIO -DICIEMBRE
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROGRAMA:														
INTERNACIÓN	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Aumentar la satisfacción del usuario.	Porcentaje de implementación de actividades que promueven la humanización en el pabellon De pediatria y neonatos	% de implementación de actividades que promueven la humanización en el pabellon de pediatria y neonatos / actividades propuestas para el año 2017	10%	50%	1. Realizar charlas educativas de sensibilización y humanización en el pabellon de pediatria y neonatos (para su evidencia se contara con registro de asistencia de los usuarios y fotos).	Se realizara por lo menos una actividad trimestral en el pabellon de pediatria y neonatos para promover el trato humanizado	Actividades realizadas/Actividades propuestas	0%	30%	Coordinador Pabellon de pediatria y neonatos - coordinador de enfermería	Se realizaron 0 charlas educativas de sensibilización y humanizacion, meta: 1 trimestral, 4 anual.	0%
							2. Socializar en el pabellon de pediatria y neonatos los resultados de las encuestas de satisfaccion de usuarios que realiza el SIAU. (registro de asistencia institucional)	Cada uno de los colaboradores que hacen parte del pabellon conocerá el resultado del informe semestral de satisfaccion de usuarios.	numero de colaboradores asistentes/ total de colaboradores por pabellon	0,00%	70%	Coordinador Pabellon de pediatria y neonatos - coordinador de enfermería	la meta sera evaluada semestralmente	50%
							3. Establecer mecanismos de comunicación con la etnia indigena mayoritaria que consulta a nuestra institución	Se contara con un glosario de los terminos mas comunes del idioma en un sitio visible en el pabellon de pediatria y neonatos	visita trimestral al pabellon por coordinacion de enfermería verificando la meta/ total visitas anual	0,00%	80%	Coordinador Pabellon de pediatria y neonatos - coordinador de enfermería	Se realizo 1 visita por la coordinadora de enfermería al pabellon verificando que este visible el glosario uwa, meta: 1 trimestral, 4 anual.	100%
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	Porcentaje de cumplimiento de las actividades que se proponen para cumplir lameta del proyecto	Numero de actividades propuestas para cumplir lameta del proyecto / porcentaje de actividades ejecutadas	10%	60%	Participar en el analisis y las actividades relacionadas con los eventos adversos que ocurren cada mes en el pabellon de pediatria y neonatos	identificar y apoyar el programa de seguridad del paciente en los eventos adversos presentados en el pabellon de enfermería	Numero de eventos adversos analizados en conjunto/ Numero de eventos adversos presentados	0,00%	50%	Coordinador Pabellon de pediatria y neonatos - coordinador de enfermería - Referente del programa seguridad del paciente.	en el primer trimestre del año no se de participo	0%
							Evaluacion a 2 protocolos de enfermería mas frecuente en el pabellon de pediatria y neonatos trimestralmente.	pabellon reforzara los conocimientos sobre los protocolos institucionales	% de los protocolos evaluados / Total de los protocolos porpuestos (8)	10,00%	85%	Coordinador Pabellon de pediatria y neonatos - coordinador de enfermería	se realizo evaluacion a 2 protocolos de venopuncion y cateterismo vesical, meta: 2 trimestral, 8 anual.	50%
							Aplicar lista de chequeo a la adherencia a un protocolo mas frecuente en el pabellon de pediatria y neonatos trimestralmente.	verificar la adherencia a los protocolos instituciones	% de aplicación de lista de chequeo de los protocolos seleccionados / Total de los protocolos porpuestos (4)	10,00%	75%	Coordinador Pabellon de pediatria y neonatos - coordinador de enfermería	se aplico lista de chequeo al protocolo de cateterismo vesical, meta: 1 trimestral, 4 anual.	50%
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Actualización y seguimiento a los documentos asociados al pabellon de medicina interna	Revision de la documentacion del SGI, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	10%	90%	Revision de la documentacion del SGI, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar la documentacion del pabellon.	Documentos actualizados/ total documentos requeridos del proceso.	10%	90%	Coordinador Pabellon de pediatria y neonatos - coordinador de enfermería	en el segundo trimestre del años, se realiza actualizacion, revision de los documentos (caracterisacion, protocolos.)	50%

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CÓDIGO DANE		81												
PLAN DE DESARROLLO:		HUMANIZANDO EL DESARROLLO 2016-2019												
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017														
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:									
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:		PABELLON DE MEDICINA INTERNA												
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN ENERO - DICIEMBRE 2017
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			FORMULA DEL INDICADOR	LINEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROGRAMA:														
INTERNACIÓN	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Aumentar la satisfacción del usuario.	Porcentaje de implementación de actividades que promueven la humanización en el pabellon de medicina interna.	% de implementación de actividades que promueven la humanización en el pabellon de medicina de interna / actividades propuestas para el año 2017	10%	50%	1. Realizar charlas educativas de sensibilización y humanización en el pabellon de Medicina Interna.	Se realizara por lo menos una actividad trimistral en el pabellon de medicina interna tendientes a promover el trato humanizado	Actividades realizadas/Actividades propuestas	50%	60%	Coordinador Pabellon de Medicina Interna - coordinador de enfermería	Se realizaron charlas educativas a través del convenio docente asistencia con las instituciones de cedespro y esedco, y por la Psicologa. meta: 1 trimestral, 4 anual.	60%
							2. Socializar en el pabellon de medicina de interna los resultados de las encuestas de satisfaccion de usuarios que realiza el SIAU. (registro de asistencia institucional)	Cada uno de los colaboradores que hacen parte del pabellon conocerá el resultado del informe semestral de satisfaccion de usuarios.	numero de colaboradores asistentes/ total de colaboradores por pabellon	0,00%	70%	Coordinador Pabellon de Medicina Interna - coordinador de enfermería	Se socializa a los lideres de los procesos, los resultados de la encuestas de satisfacion del primer trimestre y estos resultados se colocaron en la cartelera para dar a conocer a los funcionarios.	50%
							3. Establecer mecanismos de comunicación con la etnia indigena mayoritaria que consulta a nuestra institución	Se contara con un glosario de los terminos mas comunes del idioma en un sitio visible en el pabellon de medicina interna.	visita trimestral al pabellon por coordinacion de enfermería verificando la meta/ total visitas anual	0,00%	80%	Coordinador Pabellon de Medicina Interna - coordinador de enfermería	Se realizo 1 visita por la coordinadora de enfermería al pabellon verificando que este visible el glosario uwa y se agregaron palabras nuevas, meta: 1 trimestral, 4 anual.	80%
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	Porcentaje de cumplimiento de las actividades que se proponen para cumplir lameta del proyecto	Numero de actividades propuestas para cumplir lameta del proyecto / porcentaje de actividades ejecutadas	10%	60%	Participar en el analisis y las actividades relacionadas con los eventos adversos que ocurren cada mes en el pabellon de medicina interna.	Conocer, identificar y apoyar el programa de seguridad del paciente en los eventos adversos presentados en el pabellon	Numero de eventos adversos analizados en conjunto/ Numero de eventos adversos presentados	0,00%	50%	Coordinador Pabellon de Medicina Interna - coordinador de enfermería - Referente del programa seguridad del paciente.	Se participa y la referente de seguridad del paciente nos informa en cada caso cuando se presenta el evento adverso	50%
							Evaluación a 2 protocolos de enfermería mas frecuente en el pabellon de medicina interna trimestralmente.	el personal de enfermería del pabellon reforzara los conocimientos sobre los protocolos institucionales trimestralmente.	% de los protocolos evaluados / Total de los protocolos propuestos (8)	10,00%	85%	Coordinador Pabellon de Medicina Interna - coordinador de enfermería	se realizo evaluacion a 8 protocolos: venopuncion, cateterismo vesical, control de liquidos, entrega de turno, carro de paro, traslado de paciente, administracion de medicamentos y control de signos vitales. meta: 2 trimestral, 8 anual.	85%
							Aplicar lista de chequeo a la adherencia a un protocolo mas frecuente en el pabellon de medicina interna trimestralmente.	verificar la adherencia a los protocolos instituciones	% de aplicación de lista de chequeo de los protocolos seleccionados / Total de los protocolos propuestos (4)	10,00%	75%	Coordinador Pabellon de Medicina Interna - coordinador de enfermería	se aplico lista de chequeo al protocolo de administracion de medicamentos, meta: 1 trimestral, 4 anual.	75%
							Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Actualización y seguimiento a los documentos asociados al pabellon de medicina interna	Revisión de la documentación del SGI, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	10%	90%	Revisión de la documentación del SGI, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar la documentación del pabellon.	Documentos actualizados/ total documentos requeridos del proceso.

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CÓDIGO DANE		81												
PLAN DE DESARROLLO:		HUMANIZANDO EL DESARROLLO 2016-2019												
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017														
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:		PABELLON QUIRURGICO												
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO <small>(Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)</small>	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN ENERO - DICIEMBRE 2017
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROGRAMA:														
INTERNACIÓN	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Aumentar la satisfacción del usuario.	Porcentaje de implementación de actividades que promueven la humanización en el pabellon quirurgicos	% de implementación de actividades que promueven la humanización en el pabellon quirurgicos / actividades propuestas para el año 2017	10%	50%	1. Realizar charlas educativas de sensibilización y humanización en el pabellon quirurgicos .	Se realizara por lo menos una actividad trimestral en el pabellon quirurgicos tendientes a promover el trato humanizado	Actividades realizadas/Actividad des propuestas	50%	60%	Coordinador Pabellon pabellon quirurgicos - coordinador de enfermería	Se realizaron charlas educativas a través del convenio docente asistencia con las instituciones de cedespro y esedco, y por la Psicologa. mas con el personal asistencial de pabellon quirurgicos se cuenta con registros fotograficos mas documentacion , testimonios escrito y video, charla educativa humanizacion pabellon quirurgicos se cuenta con registro de asistencia . meta: trimestral, 4 anual.	100%
							2. Socializar en el pabellon quirurgicos los resultados de las encuestas de satisfacion de usuarios que realiza el SIAU. (registro de asistencia institucional)	Cada uno de los colaboradores que hacen parte del pabellon conocerá el resultado del informe semestral de satisfacion de usuarios.	numero de colaboradores asistentes/ total de colaboradores por pabellon	0,00%	70%	Coordinador Pabellon quirurgicos - coordinador de enfermería	Se socilaizo a los lideres de los procesos, los resultados de la encuestas de satisfacion del primer trimestre y estos resultados se colocaron en la cartelera para dar a conocer a los funcionarios.	50%
							3. Establecer mecanismos de comunicacion con la etnia indigena mayoritaria que consulta a nuestra institución	Se contara con un glosario de los terminos mas comunes del idioma uwa en un sitio visible en el pabellon quirurgicos	visita trimestral al pabellon por coordinacion de enfermería verificando la meta/ total visitas anual	0,00%	80%	Coordinador Pabellon quirurgicos - coordinador de enfermería	Se realizo 1 visita por la coordinadora de enfermería al pabellon verificando que este visible el glosario uwa y se agregaron palabras nuevas, meta: 1 trimestral, 4 anual.	80%
		Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	Porcentaje de cumplimiento de las actividades que se proponen para cumplir lameta del proyecto	Numero de actividades propuestas para cumplir lameta del proyecto / porcentaje de actividades ejecutadas	10%	60%	Participar en el analisis y las actividades relacionadas con los eventos adversos que ocurren cada mes en el pabellon de quirurgicos .	Conocer, identificar y apoyar el programa de seguridad del paciente en los eventos adversos presentados en el pabellon	Numero de eventos adversos analizados en conjunto/ Numero de eventos adversos presentados	0,00%	50%	Coordinador Pabellon quirurgicos - coordinador de enfermería - Referente del programa seguridad del paciente.	Se participa y la referente de seguridad del paciente nos informa en cada caso cuando se presenta el evento adverso	50%
							Evaluacion a 2 protocolos de enfermería mas frecuente en el pabellon quirurgicos trimestralmente.	el personal de enfermería del pabellon reforzara los conocimientos sobre los protocolos institucionales trimestralmente.	% de los protocolos evaluados / Total de los protocolos propuestos (8)	10,00%	85%	Coordinador Pabellon quirurgicos - coordinador de enfermería	se realizo evaluacion a 8 protocolos: venopuncion, cateterismo vesical, control de líquidos, entrega de turno, carro de paro, traslado de paciente, administracion de medicamentos y control de signos vitales. meta: 2 trimestral, 8 anual.	100%
							Aplicar lista de chequeo a la adherencia a un protocolo mas frecuente en el pabellon quirurgicos trimestralmente.	verificar la adherencia a los protocolos instituciones	% de aplicación de lista de chequeo de los protocolos seleccionados / Total de los protocolos propuestos (4)	10,00%	75%	Coordinador Pabellon quirurgicos - coordinador de enfermería	se aplico lista de chequeo al protocolo de administracion de medicamentos, meta: 1 trimestral, 4 anual.	75%
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Actualización y seguimiento a los documentos asociados al pabellon quirurgicos	Revision de la documentacion del SGI, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	10%	90%	Revision de la documentacion del SGI, y actualizar si es necesario de acuerdo a la normatividad vigente	Actualizar la documentacion del pabellon.	Documentos actualizados/ total documentos requeridos del proceso.	10%	90%	Coordinador Pabellon quirurgicos - coordinador de enfermería	en el primer cuarto trimestre del años, se realiza actualizacion, revision de los documentos (caracterisacion, protocolos, guias, formatos.)	95%

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEPARTAMENTAL-COMPONENTE DE EFICACIA

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CÓDIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		HUMANIZANDO EL DESARROLLO 2016-2019											
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017													
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL			META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD			Cumplir con el Aseguramiento de la Norma técnica de Calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud								
PROGRAMA DEL PDD:		Apoyo terapeutico y rehabilitación											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	Ejecución
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROGRAMA:						<							
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	exámenes facturados/estudios facturados	100%	100%	promocionar el examen de espirometria por el servicio de terapia respiratoria e incrementar una atencion de 100 estudios mensualmente para una meta del 100%	100%	exámenes facturados/estudios facturados	100%	100%	terapeuta respiratoria	En los meses de enero a Diciembre del 2017,el servicio de terapia respiratoria realizo y facturo en total : 308 espirometrias simple y con bronco dilatador y 5 espirometrias simples lo que da un total de 313 estudios en el año lo que equivale al 26,08% de la meta esperada. el terapeuta a cargo realizado entrega durante el año de folletos educativos sobre el examen de espirometria al personal medico. este examen es solo ordenado por medico especialista. se intento trabajar con pacientes del area de hospitalizacion pero son muy fragiles para esta prueba ya que permanecen con oxigenoterapia.	26.08%
			Servicio mejorado-Solicitud demejoramiento	100%	100%	hacer mejoras en los servicios de rehabilitacion	Solicitud a la alta direccion en mejoras de area de Rehabilitacion.	Servicio mejorado-Solicitud demejoramiento	100%	100%	Lider de proceso	Pendiente Traslado del servicio de Terapia Fisica a la nueva sede de la UNAP, ya la administracion tiene conocimiento de dicha situacion se espera su directriz a la misma	0%
			programas institucionales/ actividades ejecutadas	100%	100%	brindar asistencia profesional a los programas u/o proyectos direccionados por el hospital.	La totalidad de los programas	programas institucionales/ actividades ejecutadas	100%	100%	fisioterapeutas	Durante el primer semestre del 2017, una profesional en terapia fisica tiempo completo cumple en brindar asistencia en el area de proyectos, mediante el CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 06-1061 DE 2016 PROMOCION Y PREVENCION PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES, ADULTOS, NIÑOS Y NIÑAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA. ACTIVIDAD. 3.1 DESARROLLO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA Y PRACTICA EN SALUD DIRIGIDA A POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA LOS CUALES TIENE COMO FINALIDAD PROMOVER Y FOMENTAR LOS MODOS CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE MC Y EVS. COMPONENTE 3.3 DESARROLLO DE JORNADA EDUCATIVA DE PROMOCI3N DE LA SALUD EN LA POBLACI3N GESTANTE PARA FORTALECER LAS MEDIDAS DE PROTECCI3N ESPECIFICA DURANTE LA GESTACI3N Y PREPARACI3N DEL PARTO. Estas dos actividades se asistieron de enero a junio/2017. se desarrollaron en total (120 talleres con 1200 asistentes) y curso de preparacion para el parto (35 talleres, con 700 gestantes asistentes). Una segunda profesional en terapia fisica, especialista en salud laboral y miembro del Copasst en la institucion,cumple con las funciones de realizar inspecciones de seguridad y salud en el trabajo segun cronograma establecido, realiza evaluaciones de puesto de trabajo segun solicitud que llevan a algunos trabajadores que estan en proceso de definicion de enfermedad laboral, accidentes de trabajo y procesos de reubicacion y reinintegracion, tambien se realizo en los meses de julio y agosto, talleres practicos de educacion postural, manejo de cargas y aditamentos de seguridad para movilizacion y transferencia de pacientes en cama o de cama a silla, a 6 grupos de auxiliares de enfermeria de las areas de urgencias, medicina interna, ucim y quirurgicos. Para el segundo semestre del 2017, se desarrollaron las siguientes actividades: La audiologa realizo del 18 de septiembre al 06 de octubre /2017, apoyo a las actividades del PIC, Componente 2: ESTRATEGIA PARA PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LOS ESPACIOS COTIDIANOS DE LA POBLACION, realizo 10 Talleres educativos a padres de familia y personal de hogares infantiles , para la promocion , educacion y fomento de la salud auditiva, habitos e higiene y autocuidado del oido, conservacion de la sensibilidad auditiva, prevencion de enfermedades del sistema auditivo, importancia de la valoracion auditiva, promocion de entornos protectores y ambiente tranquilo. De octubre a Diciembre 4 fisioterapeutas apoyaron al area de proyectos con actividades en los municipios de saravena y tame, mediante el CONTRATO: INTERADMINISTRATIVO No 06-045 de 2017 OBJETO DEL PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR INTEGRAL EN EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA. COMPONENTE 2. estrategia de promocion y posicionamiento de los modos, condiciones y estilos de vida saludables ACTIVIDAD 2.2 desarrollo de estrategia educativa y practica en salud, dirigidos a poblacion mayor de 18 años del departamento de Arauca. total talleres realizados 29	100%
						seguimiento de propuesta del programa de rehabilitacion cardiovascular que ya fue documentado a la administracion.	10%		10%	10%	lider de proceso		0%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	Ejecución
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION						Aumentar la cobertura en atención en los servicios de rehabilitación. (terapia física: (13090 SESIONES AÑO), terapia ocupacional : (2772 SESIONES AÑO), Terapia de Lenguaje: (4158 SESIONES AÑO), Audiología (924 EXAMENES AÑO), Terapia Respiratoria: (13090 SESIONES AÑO)	Cumplir con las coberturas establecidas	total sesiones realizadas.	70%	70%	lider de proceso	De Enero a Diciembre del año 2017, tenemos en producción de servicios, Terapia física facturo :10497 sesiones correspondiente al 80,19% ,Terapia ocupacional: facturo 2771 sesiones en el semestre que corresponde a un 99,96% , Terapia lenguaje :facturo 3431 sesiones corresponde a un 82,51%, servicio de Audiología facturo en audiometría tonal 434 y en logaudiometría 234 , impedanciometría 254, potenciales evocados visual auditivo 39 para un total de 961 exámenes realizados y facturados correspondiente a un 104 % Terapia Respiratoria facturo 9663 sesiones que corresponde a 73,81%, se puede observar que la mayoría de los servicios de terapia y rehabilitación, están acorde a las metas trazadas, aunque se sigue presentando inconvenientes con las empresas es la falta de autorización , así el usuario solicite ser atendido en el hospital, la empresa envía para otros centros para que les brinden el servicio.	Terapia Física : 80,19%; Terapia Ocupacional: 99,96%; Terapia Respiratoria: 73,81%; Terapia de Lenguaje: 82,51%; Audiología: 104%
		Aumentar la satisfacción del usuario.				Hacer seguimiento a quejas y sugerencias de los usuarios	Dar cumplimiento a la respuesta de quejas en los plazos establecidos Realización de reuniones primarias para socialización de quejas y satisfacción del usuario	quejas respondidas/total de quejas del Area de rehabilitacion	80	80	lider de proceso	El 11 de Enero/2017, la usuaria María Mercedes Rodríguez Solano registra una queja SIS 03-0126, del servicio de terapia física por motivo de no poder acceder a las citas para el hijo de manera oportuna, ya que el servicio de consulta externa fue cubierto por una fisioterapeuta en este mes, lo cual hizo necesario la contratación y reintegro de un fisioterapeuta a partir del mes de febrero . el 26 de enero/2017 la usuaria Rosalba Rodríguez Quiñones presenta queja SIS -03-283 , manifiesto inconformidad al no poder acceder de manera oportuna a las citas para su atención, debido a la falta de fisioterapeutas en el servicio para cubrir la demanda y necesidad de los usuarios que requieren atención. el 26 de enero/2017, el señor Carlos Quintero registra una queja al servicio de terapia física SIS- 03-262, manifiesto la inconformidad por no poder obtener una cita oportuna para su atención y la falta de profesionales para cubrir la demanda de este servicio. El 12 de febrero la usuaria Flor Alba Trujillo radica una queja al servicio de terapia física SIS 03-109, Donde manifiesto la inconformidad al no poder acceder de manera oportuna a las citas para su hijo con síndrome de Down. el 27 de enero/2017, la usuaria Nubia Castillo reporta queja al servicio de fisioterapia SIS-03-287, por no oportunidad de cita para la atención. En el mes de febrero, fueron radicadas dos quejas para el servicio de Audiología: SIS-03-0388 por la usuaria Laura Patricia Vargas Romero y SIS-03-0416 por el usuario Duverney Vargas, por motivo de : falta de profesional en audiología en la institución. Total de quejas reportadas en el primer semestre del año: 5 para el servicio de Terapia física Y 2 para el servicio de Audiología, por razones de falta de profesionales en el servicio para cubrir la demanda y necesidad de los usuarios solicitantes. En el informe de Satisfacción del usuario primer semestre año 2017 entregado por la oficina del SIAU, se obtuvo un porcentaje de satisfacción del usuario y atención y calidad del servicio para : TERAPIA RESPIRATORIA: 80% TERAPIA FÍSICA: 84% TERAPIA OCUPACIONAL: 87% TERAPIA DE LENGUAJE: 86%, y finalmente en los comentarios y sugerencias por parte de los usuarios se encontró : Que todos los servicios de terapias estén en un solo lugar, Que las terapias físicas las realicen en la UNAP nueva, Deben haber más profesionales para terapias de lenguaje y físicas.	80%
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.				Realizar evaluación de guías, manuales y protocolos, y actualizar socializar e implementar las que estén desactualizadas (Realizar actualización de Caracterización del proceso)	Actualizar y socializar los documentos del proceso	Documentos actualizados/total documentos requeridos del proceso	90%	95%	Grupo de Rehabilitación		0%
		Mantener actualizados los sistemas de información.				Seguimientos a informes estadísticos, Evolucionar y escribir en la historia clínica todo lo que se hace en el día a día	Mantener actualizado la información estadística y el software Dinámica	porcentaje de informes estadísticos realizados	100%	100%	Grupo de Rehabilitación	se hizo seguimiento por trimestres lo realizado por cada servicio y finalmente se presentó informe anual de producción y actividades del proceso de rehabilitación año 2017.	100%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	Ejecución
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.				Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con atencion al usuario y seguridad del paciente	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion en aspectos relacionados con atencion al usuario y seguridad del paciente. Realizar por lo menos una capacitacion sobre temas relacionados con rehabilitacion	cant capacitaciones realizadas/ total de capacitaciones establecidas para el area de rehabilitación	80%	80%	Grupo de Rehabilitación	El 05 de enero/2017, se realiza reunion de socializacion de revision de registros en historias clinicas con la jefe auditora Flor Maria Julio, donde nos explica generalidades, marco legal y nos recuerda la obligatoriedad que tenemos como profesionales en realizar el registro oportuno en las historias clinicas, nos sugiere describir de manera mas detalladamente la informacion del paciente. El 23/03/2017, se convoca al grupo de rehabilitacion para socializacion y evaluacion escrita del tema seguridad del paciente con la referente del programa Jefe Clara Rolon. Dos fisioterapeutas participan en el Congreso Nacional de Terapia y Rehabilitacion del paciente critico del 25 al 27 de mayo/2017 en la ciudad de Medellin Colombia, los certificados seran entregados a la oficina de talento humano. Los colaboradores que hacen parte del proceso de rehabilitacion, asistieron a las diferentes jornadas de los dias 26, 27 y 28 de julio de 2017, la institucion llevo a cabo gran evento cientifico, segundo Simposio de Seguridad del paciente Hospital del Sarare ESE. Siete profesionales del area de Rehabilitacion asistieron el 12 de diciembre/2017, a la capacitacion por personal de la UAESA tema : " Orientaciones de inclusion social en el marco de la atencion de las personas con discapacidad".	80%
	Estándar 56. Código: (AsREF5) En los servicios de habilitación y rehabilitación se cuenta con un mecanismo al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.	1. Incluir en la actualizacion del procedimiento de referencia y contrareferencia la remision de pacientes de rehabilitacion..				Actualizar el procedimiento de referencia y contrareferencia la remision de pacientes de rehabilitacion..	Documento Actualizado	Porcentaje de Avance de documento	0	30	Grupo de Rehabilitación	No se evidencia actualización de documentación	0%

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA												
CÓDIGO DANE		81												
PLAN DE DESARROLLO:		HUMANIZANDO EL DESARROLLO 2016-2019												
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017														
DIMENSIÓN DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:								
SECTOR DEL PDD:		SALUD												
PROGRAMA DEL PDD:		URGENCIAS												
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES			RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN OCTUBRE-DICIEMBRE 2017
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
SUBPROGRAMA:														
INTERNACIÓN	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Aumentar la satisfacción del usuario.	Porcentaje de implementación de actividades que promueven la humanización en el servicio de Urgencias	% de implementación de actividades que promueven la humanización en el servicio de urgencias actividades propuestas para el año 2017	10%	50%	1. Realizar charlas educativas de sensibilización y humanización en el servicio de urgencias. (para su evidencia se contara con registro de asistencia de los usuarios y fotos).	Se realizara por lo menos una actividad trimestral en el servicio de urgencias tendientes a promover el trato humanizado	Actividades realizadas/Actividad des propuestas	50%	60%	Coordinador servicio de urgencias - coordinador de enfermería	Se realizo actividad de humanizacion en la atencion humanizada por la psicologa institucional, a la cual asistio personal de enfermeria,medicos.	75%
							2. Socializar en el servicio de urgencias los resultados de las encuestas de satisfaccion de usuarios que realiza el SIAU. (registro de asistencia institucional)	Cada uno de los colaboradores que hacen parte del servicio de urgencias , conocerá el resultado del informe semestral de satisfaccion de usuarios	numero de colaboradores asistentes/ total de colaboradores por el servicio	0,00%	70%	lider y coordinadora de urgencias y coordinadora de enfermería	se socializo a los lideres de procesos, los resultados de las encuesta de satisfaccion del primer trimestre y estos resultados se envió por medio de mensaje al grupo de whatsapp instaurado institucional	50%
							3. Establecer mecanismos de comunicación con la etnia indigena mayoritaria que consulta a nuestra institución	Se contara con un glosario de los terminos mas comunes del idioma uwa en un sitio visible en el servicio de urgencias.	Vicita trimestrar al pabellon por coordinacion de enfermeria verificando la total visita anal	50,00%	80%	Coordinadora de urgencias y coordinacion de enfermeria	se agrega mas terminos de palabras al anterior glosario y la coordinadora de enfermeria realizo visita verificando que se encuentra vible en el pabellon quiruco	60%
			% de los protocolos evaluados / Total de los protocolos propuestos (8)	10,00%	85%	Evaluacion de la adherencia los 2 protocolos de enfermeria mas frecuente en el servicio de urgencias . trimestral.	el personal de servicio de urgencias reforzará los conocimientos sobre dos protocolos institucionales	% de los protocolos evaluados / Total de los protocolos propuestos (8)	10,00%	85%	lider del proceso de urgencias / coordiadora de enfermeria	se realizo evaluacion a los protocolos de administracion de medicamentos y control de signos vitales. Se aplicó lista de chequeo de verificacion de adherencia al protocolo de administracion de medicamentos,	100%	
	% de aplicación de la lista de chequeo de los protocolos seleccionados /total de los protolos seleccionados (4)	10,00%	75%	Aplicar lista de chequeo ala adherencia de un protocolo mas frecuente en le servio de urgencias.	verificar las adherencia a los protocolos institucionales	% de aplicación de la lista de chequeo de los protocolos seleccionados /total de los protolos seleccionados (4)	10,00%	75%	lider de proceso urgencias / coordiadora de enfermeria	se aplico lista de chequeo de verificacion de adherencias al protocolo de administracion de medicamentos	75%			

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

DEPARTAMENTO:		ARAUCA											
CODIGO DANE		81											
PLAN DE DESARROLLO:		ES HORA DE RESULTADOS 2016 - 2019											
		PLAN DE ACCION AÑO 2017											
DIMENSION DEL PDD:		SOCIAL				META DE RESULTADO DEL PROGRAMA PARA EL PERIODO DE GOBIERNO:							
SECTOR DEL PDD:		SALUD											
PROGRAMA DEL PDD:		DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA											
CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO			ACTIVIDADES ESTRTEGIAS A DESARROLLAR	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES		RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN ENERO - DICIEMBRE 2017	
			NOMBRE	LÍNEA DE BASE (31 dic- 2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)				
DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA	Reducir la mortalidad infantil	Mantener o disminuirla Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos).	Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos).	0 X 10.000 NIÑOS < 5 AÑOS	Tasa < 5 x cada 10.000 nacidos vivos	1. Realizar inducción a la demanda INSTITUCIONAL a la población objeto 2. Asignar metas a los profesionales y técnicos responsables de la ejecución de las actividades. 3. Realizar consulta de 1º vez a la población asignada de acuerdo a las metas establecidas por programa. 4. Medir metas mensuales para analizar indicadores de cumplimiento. 5. Platear estrategias a la subgerencia científica para cumplimiento de las metas.	Captar en un 80% los menores de 5 años del municipio adscritos a los servicios de promoción y prevención del hospital del sarare	porcentaje de captación de niños < 5 años	95% niños < 5 años	Coordinación UNAP	Se evidencia un porcentaje superior al 95% en la captación de población menor a 5 años. Se recomienda aumentar la tención a usuarios de Salud Vida	96,00%	
		Mantener o disminuir Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos).	Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos).	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 captación de niños < 1 años	75% niños < 1 año	Coordinación UNAP	Se observa una captación de 935 menores de 1 año que corresponde al 108% de los menores de 1 año (863). Este Comportamiento se presenta debido a las atenciones realizadas a la población Venezolana	108,00%
		Lograr cobertura de vacunación (esquema regular) del 95% de los niños menores de un año	porcentaje de cobertura de esquema permanente de vacunación	95,00%	95%	Realizar programación 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	Lograr cobertura de vacunación (esquema regular) del 95% de los niños menores de un año		95%			Se logró cobertura del 100 % en menores de 1 año, en niños con edad de 18 meses y 5 años.	100%
		Disminuir en un 20% los índices de morbilidad infantil y niñez asociada a enfermedades inmunoprevenibles incluidas en el esquema regular de	Tasa de morbilidad infantil asociada a enfermedades inmunoprevenibles	0 tasa x cada 10.000 niños	< o igual a 2,64 x 10.000 niños	-Implementar estrategias para alcanzar las coberturas mensuales. -Ingreso de los menores, adultos, gestante y MEF a la plataforma Nacional del Programa de Vacunación. -Presentar informes mensuales según lineamientos PAI.	Disminuir en un 20% los índices de morbilidad infantil y niñez asociada a enfermedades inmunoprevenibles incluidas en el esquema regular de	Porcentaje de cumplimiento	< o igual a 2,64 x 10.000 niños	Coordinación PAI		Tasa de mortalidad infantil asociada a enfermedades inmunoprevenibles =0	100%
		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	-Vacunación intramural -Vacunación extramural -Jornadas de Vacunación -Vacunación sin barreras. -Seguimiento a cohortes de nacidos vivos. -Canalización y demanda inducida de la población.	Disminuir en 20% los índices de morbilidad en < 5 años asociada a enfermedades inmunoprevenibles		2,64 x cada 10.000 niños < 5 años			Se presentaron 10 casos por cada 10,000 niños	26%
		Contribuir a la reducción la morbilidad de casos de EDA en menores de 5 años	Tasa de morbilidad por EDA en < 5 años	tasa 1441 x cada 10.000 niños < 5 años	tasa < o igual a 1210 x cada 10.000 niños < 5 años	Charlas educativas mensuales a la población asistente los servicios de PYP por las enfermeras de consulta, enfermera de la unidad móvil y auxiliar de enfermería extramural con la comunidad indígena. Información o sección radiales por espacios de emisoras del municipio. Educación continua en Hogares infantiles de ICBF, sobre prevención de la EDA y ERA.	fomento de la educación para la prevención de EDA	Porcentaje de cumplimiento	tasa < o igual a 1210 x cada 10.000 niños < 5 años	Coordinación UNAP		Tasa de morbilidad por EDA en < 5 años= 1275	94%
		Contribuir a la reducción la tasa de morbilidad por ERA en menores de 5 años	Tasa de morbilidad por ERA en < 5 años	4125 x cada 10.000 niños < 5 años	tasa < 0 igual 3722 en niños < 5 años		fomento de la educación para la prevención de ERA		tasa < 0 igual 3722 en niños < 5 años	Coordinación UNAP		Tasa de morbilidad por ERA en < 5 años =4961	75%
		Lograr que el 70% de las mujeres gestantes asistan mínimo a 4 controles prenatales	Porcentaje de gestantes que asisten a cuatro controles prenatales	70%	70 % 0 mas	Censo trimestral de gestantes por eps según contratación. Canalización mensual de gestantes mediante visitas domiciliarias. Seguimiento trimestral a la aplicación de la norma en la atención de la embarazada. Seguimiento de inscitas nuevas al programa de	Identificar a la población gestante adscrita a los servicios del hospital del sarare, inducción a la demanda, censo poblacional, inclusión al control prenatal.	Porcentaje de gestantes que asisten a cuatro controles prenatales	70%	Coordinación UNAP	Se alcanzó el 86,77% en gestantes adscritas en el programa de control prenatal	87%	

DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA

<p>Garantizar el cumplimiento de las líneas de acción de maternidad segura</p>	<p>fomento de planificación familiar, fomento de salud sexual y reproductiva para adolescentes jóvenes, puerperas.</p>	<p>Número en los que se garantiza el cumplimiento de las líneas de acción</p>	<p>72% del total de las usuarias de planificación familiar</p>	<p>50% o mas de las usuarias de planificación</p>	<p>Asesorar a la puerpera adolescente sobre los metodos de planificación familiar</p>	<p>Lograr coberturas en el programa de planificación familiar</p>	<p>porcentaje de puerperas en el programa de planificación familiar</p>	<p>50% o mas de cumplimiento</p>	<p>Coordinación UNAP</p>	<p>Se logró una cobertura del 41,66 % de Ingresos a Control de planificación</p>	<p>41,66%</p>	
	<p>Detección de casos de cáncer de cuello uterino, cáncer mama</p>	<p>Tasa de mortalidad por ca de cuello uterino y de mama</p>	<p>2 tasa x ca cuello uterino. 0 tasa de mortalidad de ca mama mujeres > 50 años</p>	<p>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</p>	<p>Incrementar la toma de citología y mamografía a todas las mujeres adscritas al Hospital del sarare.</p>	<p>Captar la poblacion objeto del programa de ca de cervix y mama.</p>	<p>porcentaje de cumplimiento</p>	<p>60% de citologias tomadas</p>	<p>Coordinación UNAP</p>	<p>Tasa de Mortalidad por CA de cuello Uterino=0 Tasa de Mortalidad por CA de Mama=1,049 por cada 1000 Citologias tomadas y leidas 2278 correspondientes al 36%</p>	<p>36%</p>	
	<p>Prevención de violencia doméstica sexual</p>	<p>Tasa de violencia sexual y domestica en mujeres</p>	<p>tasa 4.8 x cada 10.000 mujeres</p>	<p>mantener o disminuir la tasa de violencia sexual y domestica en 11.3 X10.000 mujeres</p>	<p>promover el buen trato y la no violencia domestica sexual por medios masivos</p>	<p>fomento del buen trato y la no violencia violencia domestica</p>	<p>cumplimiento de actividades programadas</p>	<p>85%</p>	<p>Coordinación UNAP</p>	<p>tasa de violencia sexual y domestica= 36,17 x Cada 10,000 mujeres</p>	<p>32%</p>	
	<p>Identificar el estado nutricional de la población de niños, niñas 0 - 5 años</p>	<p>Porcentaje de niños de 0-5 años con desnutrición crónica-aguda-global</p>	<p>tasa 88.5 x c 10.000 niños < 5 años</p>	<p>tasa de desnutricion por debajo de la linea base 148.6</p>	<p>Ingresar oportunamente al SISVAN los menores atendidos en el programa de crecimiento y desarrollo para la identificación de casos de desnutrición . Enviar a todos los niños con riesgo o diagnostico de Desnutricion a los servicios especializados .</p>	<p>Realizar canalizacion de la poblacion adscrita al hospital del sarare a los programas de promocion y prevencion.</p>	<p>% de Ingresos al sistema de informacion. % de remision</p>	<p>80%</p>	<p>Coordinación UNAP</p>	<p>Se reporta el 100% de la población atendida a la alcaldía en formato excel. No se está subiendo la información al SISVAN. Tasa de desnutrición= 45 por cada 10,000</p>	<p>100,00%</p>	
	<p>contribuir y mantener la mortalidad Materna</p>	<p>reducir o mantener la mortalidad materna en no mas de 3 casos por año, durante el trienio.</p>	<p>numero de muertes maternas /numero de nacidos vivos x 1000</p>	<p>tasa: 0.8 x c/da 1000 nacidos vivos</p>	<p>tasa 0</p>	<p>Censo trimestral de gestantes por EAPB según contratación. Canalización mensual de gestantes mediante visitas domiciliarias. Seguimiento trimestral a la aplicación de la norma en la atención de la embarazada. Seguimiento de inscitas nuevas al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo y gestantes de alto riesgo.</p>	<p>Identificar a la poblacion gestante adscrita a los servicios del hospital del sarare, induccion a la demanda, censo poblacional, inclusion al control prenatal.</p>	<p>porcentaje de gestantes identificadas</p>	<p>70%</p>	<p>Coordinación UNAP</p>	<p>Tasa de mortalidad materna=0 por causa directa</p>	<p>100%</p>
	<p>Estándar 16. Código: (AsREG1) Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. Se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario. • Incluye información al usuario acerca de</p>	<p>Documentar el proceso de registro y admisión de usuarios en todos los servicios, teniendo en cuenta todo lo solicitado en el estándar.</p>	<p>% de elaboración del documento</p>	<p>100%</p>	<p>Elaborar documento que describa el procedimiento de admisión y registro de la sede UNAP con el apoyo de Coordinación de Referencia</p>	<p>Describir la ruta de atención de los usuarios en los programas de promoción y prevención.</p>	<p>% de elaboración del documento</p>	<p>100%</p>	<p>Coordinación UNAP</p>	<p>Se evidencia procedimiento de (Preconsulta medicina general y detección temprana). Pendiente actualización</p>	<p>100%</p>	
			<p>% de usuarios remitidos a los servicios de promoción y prevención de la ESE.</p>	<p>90%</p>	<p>Dar continuidad al proceso de registro y admisión en todas las áreas que aplique y todas las sedes.</p>	<p>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.</p>	<p>% de usuarios remitidos a los servicios de promoción y prevención de la ESE.</p>	<p>90%</p>	<p>Coordinación UNAP</p>	<p>No se evidencia registro de pacientes remitidos a PYP por los diferentes servicios de la sede A Hospital del Sarare. Se evidencia Demanda inducida por parte de la UNAP</p>	<p>0%</p>	
		<p>Garantizar la rentabilidad financiera de la institución.</p>	<p>Cumplimiento de metas según contratación vigente de acciones de PYP</p>	<p>80% o mas de cumplimiento</p>	<p>establecer metas mensuales según matrices de programación de las actividades de promoción y prevención .</p>	<p>Realizar búsqueda y canalización de los usuarios sujetos a la contratación para la realización de las</p>		<p>80% o mas de cumplimiento</p>	<p>Coordinación UNAP</p>	<p>Se evidencia un Cumplimiento de metas según contratación vigente de acciones de PYP del 85%</p>	<p>85%</p>	

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 satisfacción al usuario se implementara estrategias para mejorar la atención en los servicios de promoción y prevención.	90%	Analizar estudios de satisfacción para conocer las fallas del porque la insatisfacción.	De acuerdo a los resultados generar estrategias para aumento de la satisfacción que este al alcance del area de promoción y prevención.	Actividades de mejora realizadas de acuerdo al resultado de los estudios de satisfacción de los servicios.	90%	Coordinación UNAF	Según estudio de Satisfacción se tomaron medidas correctivas que mejoraron la atención al usuario	90%
		Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Actualización y seguimiento los documentos asociados a las actividades de promoción y prevención.	90%	Evaluación Documentos generados en el SIG, y actualizarlos en el caso de que estén desactualizados.	Actualizar y socializar los documentos del PROMOCION Y PREVENCIÓN del SIG.		90%	Coordinación UNAF	Se evidencia que los documentos se encuentran actualizados	90%
		Mantener actualizados los sistemas de información.		100% de cumplimiento	Generar Informes estadísticos al día y reportar a los entes a que haya lugar.	Reportes semanales y mensuales al sistema nominal PAI WEB, Alimentación de SISVAN, Reportes de las actividades de detección temprana y protección específica. Enfermedades de interés en salud pública en el aplicativo 4505 2012.		100% de cumplimiento	Coordinación UNAF	Se evidencia el reporte al sistema nominal PAI WEB, Reportes de las actividades de detección temprana y protección específica. Enfermedades de interés en salud pública en el aplicativo 4505 2012. Pendiente Alimentación de SISVAN por la cantidad de datos, sin embargo los reportes se envían en base de datos de excel	100%
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.		90%	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con la Atención en promoción y prevención bimensualmente.	Cumplir con el 90% de las actividades de capacitación del talento humano programadas.	Porcentaje de cumplimiento	90%	Coordinación UNAF	Se evidencian 14 Capacitaciones en la vigencia 2017	100%

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

DEPARTAMENTO:	ARAUCA
CÓDIGO DANE:	81
PLAN DE DESARROLLO:	HUMANIZANDO EL DESARROLLO 2016-2019
PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017	

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

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN AÑO /2017
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			

SUBPROGRAMA:

MANTENIMIENTO	<p>Estándar 130. Código: (GT 1) La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos normativos. • Análisis de la relación oferta-demanda. • Necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud. • Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución. • Condiciones del mercado. • El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología. • El análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: evidencias de Seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva. • La articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología. • La definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y acciones de salud pública. • La definición de los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología. • La definición de tecnologías a utilizar en los servicios de habilitación y rehabilitación. • Las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios. • Personal profesional y técnico que conoce del tema e integra a los responsables de la gestión tecnológica en los diferentes servicios. • El conocimiento en la gestión de tecnología por los responsables de su uso. • La evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología. 	Diseño e implementación de un proceso de planeación de la gestión y la evaluación de la tecnología,	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	manual elaborado y aprobado	50%	100,00%	<p>1. Identificar las necesidades de pagadores , usuarios y equipo de salud, condiciones del mercado, el analisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4. Fortalecer el proceso de inducción, reinducción y entrenamiento frente al uso adecuado de la tecnología.</p>	Manual de Gestion y/o mejora de la tecnología	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	manual elaborado y aprobado	50%	100,00%	OFICINA TECNOLOGIA BIOMEDICA		0,00%
	<p>Estándar 135. Código: (GT 6) La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología en la que se incluye:</p> <p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de los costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar. • Beneficios en comparación con nuevas tecnologías. • Confiabilidad y seguridad. • Facilidad de operación. • Articulación con el direccionamiento estratégico. • Facilidades y ventajas para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige 	Diseñar e implementar un política de gestion de la tecnología que contenga los criterios para la renovación de la misma.	Cumplimiento de actividades propuestas	protocolos elaborados e implementados/total de protocolos elaborados	60%	70%	<p>1. Definir e identificar los riesgos a nivel organizacional frente al uso de la tecnología</p> <p>2. Diseño de herramientas y metodologías para identificar, priorizar, gestionar, evaluar e intervenir los riesgos asociados al uso de la tecnología</p> <p>3. Priorización de los riesgos a nivel organizacional frente al uso de tecnología</p> <p>4. Disponer de los recursos financieros, técnicos y humanos para la minimización del riesgo asociado al uso de la tecnología.</p> <p>5. Identificación de barreras organizacionales que minimicen los riesgos administrativos, asistenciales y gerenciales</p> <p>6. Evaluación de la política de gestión de la tecnología a través de la materialización de los riesgos identificados en misma y toma de acciones que corrijan las desviaciones.</p>	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	Cumplimiento de actividades propuestas	protocolos elaborados e implementados/total de protocolos elaborados	60%	70%	OFICINA TECNOLOGIA BIOMEDICA		0%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN AÑO /2017
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
MANTENIMIENTO	Estándar 138. Código: (GT 9) La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.	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, habilitación, rehabilitación	guía elaborada	guía elaborada y aprobada	10%	80%	1.Diseño de guías de uso de la tecnología, a través de la identificación de cada uno frente al apoyo resolutivo o diagnóstico de la situación de salud de los usuarios, identificación del riesgo de cada equipo para que sea incluido en la guía rápida de manejo de equipos biomédicos, 2.Diseño de un mecanismo de evaluación a la adherencia de las guías de manejo rápido de equipos, ajuste al proceso de 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	guía elaborada y aprobada	10%	80%	JEFE DE MANTENIMIENTO		0,00%
			porcentaje de adherencia a la guía	numero de personas que aplican la guía/número de personas evaluadas	10%	80%			porcentaje de adherencia a la guía	numero de personas que aplican la guía/número de personas evaluadas	10%	80%	OFICINA TECNOLOGIA BIOMEDICA JEFE DE MANTENIMIENTO		0,00%
	Estándar 119. Código: (GAF1) La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta. Lo anterior incluye: • Procesos consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. • Enfoque de riesgo. • Mejoramiento de la seguridad industrial. • Preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos. • La existencia de un plan de readequación del ambiente físico según necesidades y considerando el balance entre oferta y demanda. • La organización tiene diseñado, difundido e implementado un plan que garantiza la protección a los usuarios y a los colaboradores. • Programas de prevención dirigidos a los usuarios y los funcionarios para riesgos biológicos, químicos, de radiación, mecánicos, etc. • Condiciones para la humanización del ambiente físico.	Evaluar la efectividad del Plan de Mantenimiento	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Actualizado y Socializado	80%	82%	Actualizar el Manual de Mantenimiento Preventivo Programado para la infraestructura física y dotación de la tecnología	Mantener actualizado el Manual de Mantenimiento Preventivo Programado para infraestructura física y dotación de la tecnología.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Actualizado y Socializado	80%	82%	OFICINA TECNOLOGIA BIOMEDICA JEFE DE MANTENIMIENTO	Se realizo la actualizacion de l manual	95,00%
			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	plan de mantenimiento y/o cronograma elaborado y aprobado	100%	100%	Actualizar Plan de Mantenimiento y/o cronograma de (Infraestructura física, muebles y enceres de uso administrativo y asistencial)	Implimentar el plan de Mantenimiento cronograma (Infraestructura física, muebles y enceres de uso administrativo y asistencial)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	plan de mantenimiento y/o cronograma elaborado y aprobado	100%	100%	Jefe area de mantenimiento infraestructura física y transporte	Se realizo la actualizacion del plan de mantenimiento	90,00%
			solicitud de recurso humado y financiero	Número de solicitudes realizadas / Número de solicitudes aprovadas	90,00%	100,00%	Solicitar Oportunamente la asignación de Recursos Humanos y Financieros al Cumplimiento del Plan de Mantenimiento	Gestionar, evaluar y solicitar recursos para el cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de los equipos Biomedicos y la infraestructura Física.	solicitud de recurso humado y financiero	Número de solicitudes realizadas / Número de solicitudes aprovadas	90,00%	100,00%	Coordinador y/o responsable area de mantenimiento de equipos biomédicos, Coordinador area de mantenimiento infraestructura física y transporte y Subgerente administrativo y financiero.	Se hace la respectiva sugerencia, para solicitar los recursos nesarios par los repectivos mantenimientos	90,00%
			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Número de mantenimiento ejecutados /número de mantenimientos programados	95%	100%	Efectuar Seguimiento al Plan de Mantenimiento, definiendo semestralmente el indicador de cumplimiento	Verificación interna para evaluar de forma periodica la ejecución del plan de mantenimiento	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Número de mantenimiento ejecutados /número de mantenimientos programados	95%	100%	Coordinador y/o responsable area de mantenimiento de equipos biomédicos, Coordinador area de mantenimiento infraestructura física y transporte		0,00%
			cumplimiento oportuno de los difrentes informes	Númerode informes presentados / Número de informes solicitados	100%	100%	Rendir informes de cumplimiento de Plan de Mantenimiento cuando sean solicitados por la Subgerencia administrativa.	Elaborar oportunamente informes del cumplimiento del plan de mantenimiento	cumplimiento oportuno de los difrentes informes	Númerode informes presentados / Número de informes solicitados	100%	100%	Coordinador y/o responsable area de mantenimiento	Se efectuan loas entregas de irforme cuando son solicitados	90,00%
			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Número de solicitudes recibidas/Número de solicitudes atendidas oportunamente	90%	100%	Adecuar la infraestructura de acuerdo a las necesidades de manera que se tenga en cuenta el respeto a la dignidad de pacientes , usuarios y familia.	Recibir las solicitudes via telefonicas y por escrito para ejecutarlas las actividades de mantenimiento de manera oportuna.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Número de solicitudes recibidas/Número de solicitudes atendidas oportunamente	90%	100%	Coordinador y/o responsable area de mantenimiento	Se han realizado la mejoras correspondientes teniendo en cuenta la disponibilidad presupuestal	90,00%
	Implementacion y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estrategica	Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	numero de acciones preventivas/correctivas < a 5 dias/número de solicitudes	80%	100%	Ajustar canales de informacion agiles	cumplir oportunamente a las solicitudes de acciones preventivas y/o correctivas solicitadas	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	numero de acciones preventivas/correctivas < a 5 dias/número de solicitudes	80%	100%	OFICINA TECNOLOGIA BIOMEDICA JEFE DE MANTENIMIENTO	Se solicita la disponibilidad para la adquisicion de el sistema de alarma de llamado habitación en las habitación	0,00%

CÓDIGO DEL PROYECTO	NOMBRE DEL PROYECTO	META DE PROYECTO (Corresponde a la Meta de Producto, establecida en el Plan Indicativo o PDD)	INDICADOR PROYECTO				ACTIVIDADES	META DE ACTIVIDADES	INDICADOR ACTIVIDADES				RESPONSABLE	OBSERVACIONES	EJECUCIÓN AÑO /2017
			NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			NOMBRE	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA DE BASE (31 dic-2016)	VALOR ESPERADO (31 dic-2017)			
MANTENIMIENTO	Implementación y cumplimiento de los objetivos institucionales incluidos en la plataforma estratégica	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	numero de documentos socializados/numero de documentos	30%	60%	Revisar la documentación del proceso de mantenimiento y actualizarla de acuerdo a la normatividad vigente (Actualizar Caracterización del proceso)	actualizar los documentos y socializarlos con el personal de area	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	numero de documentos socializados/numero de documentos	30%	60%	Responsable area de mantenimiento de equipos biomedicos, Responsable area de mantenimiento de mantenimiento de infraestructura física y transporte	Se realizo la actualizacion de los manuales de manenimiento preventivo para equipos biomedicos, equipo industrial hospitalario, parque automotor, formatos y caracterización	50,00%
		Mantener actualizados los sistemas de información.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	indicadores reportados a tiempo /numero de indicadores	20%	70%	Llevar indicadores al día	actualizar los indicadores de acuerdo a la periodicidad	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	indicadores reportados a tiempo /numero de indicadores	20%	70%	Responsable area de mantenimiento de equipos biomedicos, Responsable area de mantenimiento de infraestructura física y transporte		0,00%
		Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	numero de personal solicitada a capacitaciones/numeo de capacitaciones programadas	25%	80%	Capacitar al personal sobre necesidades del ambiente fisico, mantenimiento hospitalario, mantenimiento biomedico y el adecuado uso de la herramienta como instrumento de trabajo.	Asistir a las capacitaciones convocadas por la institucion	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	numero de personal solicitada a capacitaciones/numeo de capacitaciones programadas	25%	80%	Coordinador area de mantenimiento de equipos biomedicos, Coordinador area de mantenimiento de infraestructura física y transporte, tecnicos y operarios	Recbio capacitación el personal biomedico y los demas solo las obseraciones realizadas por las auditorias de salud laboral.	45,00%