PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	DIRECCION	PLA-00-F05
SUBPROCESO	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_013_PLAN_DE_DESARROLLO	Estudio, analisis, para comprar a traves de cooperativas de ESE y/o mecanismo electronicos.	PROGRAMA_10	Realizar estudio, analisis, para comprar a traves de cooperativas de ESE y/o mecanismo electronicos	Estudio realizado(SI/NO	**NO**	**SI**								
	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	PROGRAMA_9	Generar una Política de revisión sistemática y periódica de los Informes correspondientes al decreto 2193 de 2004.	POLITICA APROBADA(SI/NO)	NO	SI								
	Mantener evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	PROGRAMA_8	Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados	Sistema de Costos INICIADO (SI/NO)	NO	SI								
	Riesgo fiscal y financiero	PROGRAMA_7	Generar lineamientos de austeridad y control	Numero de lineamientos	SI	SI								
	Riesgo fiscal y financiero	PROGRAMA_7	Administrar los recursos de la ESE logrando el equilibrio presupuestal entre el gasto comprometido y los recaudos.	Equilibrio Presupuestal(S/NO)	SI	SI								
C_013_ESTANDARES ACREDITACION	Ajustar, socializar y Evaluar el PROCEDIMIENTO ATENCIÓN AL USUARIO del Hospital del Sarare ESE.	ESTANDAR_1_OPRTUNIDAD MEJORA2	Capacitar al personal de Vigilancia en los criterios de Atención al usuario	(Numero de Vigilantes Capacitados 2018 / Total de Personal de Vigilancia 2018) * 100	0%	100%								
	Formular estrategias para disminuir las barreras de acceso a los servicios en la institución.	ESTANDAR_8_OPRTUNIDAD MEJORA3	Dotar la nueva área de Atención al usuario con inmobiliario y equipos de computo para mejorar la atención y el confort durante la espera. Fortalecimiento de los medios Tecnológicos para disminución de barreras de acceso	Dotación de Equipos e Inmuebles SI / NO	NO	SI								
			Señalizar puntos de Información mediante la implementación de mapa de información	Implementa Mapa de Información SI / NO	NO	SI								
	Elaborar un folleto con la información necesaria en cada servicio para entregar al momento del ingreso del usuario.	ESTANDAR_17_OPRTUNIDAD MEJORA1	Elaborar un folleto con la información necesaria en cada servicio para entregar al familiar o al usuario al momento del ingreso a Internación. Especificar Horario de Ingreso de Visitas, Horario de alimentación, deberes y derechos como una actividad de Humanización o Seguridad del Paciente	Elabora el Folleto SI / NO	NO	SI								
	Implementar un sistema de llamada desde las habitaciones hasta la estación de enfermería con alarma visual y sonora.	ESTANDAR_17_OPRTUNIDAD MEJORA2	Implementar un sistema de llamada desde las habitaciones hasta la estación de enfermería con alarma visual y sonora.	Instala el SISTEMA SI / NO	NO	SI								
	Incluir en la historia clínica la valoración de necesidades de inclusión en programas de PyP al usuario durante la realización de la consulta médica.	ESTANDAR_29_OPRTUNIDAD MEJORA4	Contratar un Programador y Ajustar los formatos de Historia Clínica	Proyecta Oficio a la Alta Gerencia SI / NO	NO	SI								
			Ajustar el Formato de la Historia Clínica de Digital según los Lineamientos de la Normatividad	Formato electrónico de Historia Clínica ajustado SI / NO	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PLA-00-F05

PROCESO	DIRECCION													
SUBPROCESO	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA													
C_013_ESTANDARES ACREDITACION	Implementar zona de Vestier en los Servicios de Apoyo Diagnostico (Rayos X) mecanismos para garantizar la privacidad del paciente durante la toma de procedimientos	ESTANDAR_32_OPRTUNIDAD MEJORA2	Adecuación del área de Baños y de Vestier en el Servicio de Rayos X	Adecuación SI / NO	NO	SI								
	Revisar el reglamento interno con los líderes y sindicatos para ajustar el proceso.	ESTANDAR_75_OPRTUNIDAD MEJORA4	Realizar Revisión y Ajuste del MANUAL DE IMAGEN PERSONAL Y USO DEL UNIFORME DEL HOSPITAL DE SARARE. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Actualiza Manual SI/NO	NO	SI								
	Revisar el reglamento interno con los líderes y sindicatos para ajustar el proceso.	ESTANDAR_75_OPRTUNIDAD MEJORA4	Socializar el MANUAL DE IMAGEN PERSONAL Y USO DEL UNIFORME DEL HOSPITAL DE SARARE. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Socializa Manual SI/NO	NO	SI								
	Realizar la actualización de la Plataforma Estratégica y los diferentes Planes Operativos por Procesos que respondan a la misma.	ESTANDAR_76_OPRTUNIDAD MEJORA1	Publicar la Plataforma Estratégica en material impreso en las Carteleras institucionales, medios de comunicación, pagina web y en las redes sociales	Recursos Aprobados SI / NO	NO	SI								
	Promover, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico que garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores. Teniendo en cuenta los criterios del Estándar.	ESTANDAR_127_OPRTUNIDAD MEJORA2	Implementar Sala de Espera para los Servicio de Radiología y Laboratorio	Adecuación Sala de Espera SI / NO	NO	SI								
	Promover, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico que garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores. Teniendo en cuenta los criterios del Estándar.	ESTANDAR_127_OPRTUNIDAD MEJORA2	Implementar Servicio de Baños para Paciente en condición de Discapacidad en Sala de Espera de Consulta Externa Especializada	AdecuaciónBaños para Discapacitados SI / NO	NO	SI								
	Promover, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico que garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores. Teniendo en cuenta los criterios del Estándar.	ESTANDAR_127_OPRTUNIDAD MEJORA2	Implementa Área de Vestieres en Radiología y Unidad Sanitaria que garantice privacidad al usuario.	Adecuación Vestier y Baños en Radiología SI / NO	NO	SI								
OBJETIVOS_INSTITUCIONALES	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	OBJETIVO 6	Actualizar la documentación del proceso	Documentos Actualizados/total Documentos	0%	60%								
	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE	OBJETIVO 8	Realizar 2 capacitaciones al año en temas realcionados con el area	Capacitaciones realizadas/Total Capacitaciones	50%	100%								
C_013_RIESGOS	Pasivos exigibles por falta oportuna del saneamiento de aportes patronales	R_52	Disponer de otro funcionario para agilizar el proceso de saneamiento de aportes patronales		SI	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	DIRECCION	PLA-00-F05
SUBPROCESO	SUBGERENCIA CIENTÍFICA	

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado — evolucionamos pensando en usted

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_012_PLAN_DE_DESARROLLO	Incrementar los ingresos por venta de servicios de salud	PROGRAMA_3	Realizar apertura de : *Servicios de diagnostico gastrointestinal. *Servicios de diagnostico cardiovascular. *Servicios de diagnostico neumológico. *Servicios de diagnostico de alta complejidad en servicios de oftalmología y otorrinolaringología. *Procedimientos de Cirugía plástica, reconstructiva y maxilofacial. *Procedimientos de neurocirugía. *Procedimientos de Cirugía de ortopedia de alta complejidad. *Fortalecimiento de imágenes diagnosticas que incluye resonancia magnética nuclear	Servicios Aperturados/Total servicios Propuestos	NO	40%								
	Mejorar o mantener la oportunidad en la atencion de medicina interna	PROGRAMA_25	Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio e Incrementar el numero de citas con respecto al año anterior	Oprtunidad Cita.	SI	SI								
	Mejorar o mantener la oportunidad en la atencion de Gineco-obstetricia	PROGRAMA_24	Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio e Incrementar el numero de citas con respecto al año anterior	Oprtunidad Cita.	SI	SI								
	Mejorar la oportunidad en la atencion de Pediatria	PROGRAMA_23	Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio e Incrementar el numero de citas con respecto al año anterior	Oprtunidad Cita.	SI	SI								
	Hacer analisis de mortalidad intrahospitalaria	PROGRAMA_22	A través del Comité de mortalidad hospitalaria, realizar un abordaje del 100% de las mortalidades después de las 48 horas independientes de su causa, con el análisis y/o información implementar acciones o coordinar servicios que cambien perfiles epidemiológicos.	Porcentaje de Cumplimiento	100%	100%								
C_012_ESTANDARES ACREDITACION	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPRTUNIDAD MEJORA1	Documentar el proceso de Indicadores de Oportunidad desde la Capitación del dato hasta el Análisis	Documenta el proceso SI / NO	NO	SI								
	Solicitar a la Gerencia el Acompañamiento de Psicólogo Clínico las 24 horas y los 7 días de la semana. Documentar, implementar, Socializar y evaluar el procedimiento de interconsulta o valoración de Psicología.	ESTANDAR_28_OPRTUNIDAD MEJORA1	Fortalecer el equipo Psicología durante las 24 horas los 7 días a la semana	Disponibilidad horas picología semanal/Total Horas Semana	NO	SI								
	Mantener un funcionario en referencia y Contrareferencia las 24 horas durante los 7 días de la semana.	ESTANDAR_28_OPRTUNIDAD MEJORA4	Solicitar a la Alta Gerencia la implementación de la unidad de referencia y contra referencia durante las 24 horas los 7 días a la semana	Proyecta Oficio a la Alta Gerencia SI / NO	NO	SI								
	Designar responsable de la implementación de la política y programa de humanización.	ESTANDAR_79_OPRTUNIDAD MEJORA2	Designar responsable de la implementación de la política y programa de humanización.	Designa Responsable del Proceso SI / NO	NO	SI								
	Diseño e implementación de la política de prestación de servicios que permita la estandarización de las rutas criticas de en el proceso de atención .	ESTANDAR_80_OPRTUNIDAD MEJORA1	Proyectar la política de prestación de servicios.	Documenta Política SI / NO	NO	SI								
OBJETIVOS_INSTITUCIONALES	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE	OBJETIVO 8	Realizar 2 capacitaciones al año	Capacitaciones realizadas/Total Capacitaciones		100%								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	SEGUIMIENTO_INSTITUCIONAL	PLA-00-F05
SUBPROCESO	CONTROL INTERNO	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
OBJETIVOS_INSTITUCIONALES	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	OBJETIVO 6	Realizar Proceso de Autodiagnostico Modelo Integrado de Planeación y gestion	Dimensiones Evaluadas/total Dimensiones MIPG	0	50%								
			Realizar y desarrollar Plan Anual de Auditoria	Cumplimiento	80%	100%								
			Realizar el 100% de los informes de Ley de seguimientos realizados por la oficina de control interno: 1. Elaboración informe Anual de cumplimiento al MECI 2. Elaboración Informe Control Interno Contable 3. Elaboración Informe a la Contraloría Departamental. 4. Informe de Evaluación por Dependencias. 4. Elaboración de informe cuatrimestral del cumplimiento al MECI 5. Elaboración de Informe semestral de seguimiento a derechos de petición quejas y reclamos 6. Elaboración de informes de derechos de autor 7. Evaluación cuatrimestral Plan Anticorrupción	Informes Realizados/Total de Informes	95%	100%								
			Realizar 2 informes de Seguimiento a la contestación Oportuna de PQRS	Informes Realizados/Total de Informes	100%	100%								
			Realizar seguimiento Trimestral a los mapas de riesgos a todos los procesos del Hospital	Seguimientos Realizados/Total Seguimientos	80%	90%								
			Verificacion de Cumplimiento de Requisitos de Habilitacion Resolucion 2003 de 2014 a todos los procesos de la ESE (1 verificacioón y un seguimiento por proceso)	Informes Realizados/Total de Informes	50%	100%								
	Mantener actualizados los sistemas de información.	OBJETIVO 7	Publicar en Pagina WEB los Respectivos Informes	Informes Publicados/Total Informes	100%	100%								
C_211_ESTANDARES_ACREDITACION	Reactivar el comité de Ética Hospitalaria Institucional, dejando evidencia de reuniones y acciones de mejoramiento y verificar funcionamiento.	ESTANDAR_1_OPRTUNIDAD MEJORA3	Publicar los actos administrativos de conformación	Notifica miembros de Comité SI / NO	NO	SI								
	Involucrar a todo el personal tercerizado en el momento en el proceso de acreditación, dándoles a conocer los manuales , guías protocolos, deberes y derechos y la forma como cada uno participa en este proceso.	ESTANDAR_4_OPRTUNIDAD MEJORA2	Realizar Charla con el Gremio de Especialistas del SUA y SUH implementar mecanismos para que garanticen mejoramiento de la atención del usuario cumpliendo con los estándares de acreditación.	Numero de Capacitaciones Realizadas SI / NO	0	2								
	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPRTUNIDAD MEJORA1	Realizar Gestión de Indicadores de Calidad y de Producción. Analizar mensualmente los Indicadores de su servicio, realizar seguimiento y plantear soluciones para las desviaciones encontradas	(Numero de seguimientos / 10 Seguimientos programados) * 100	0%	80%								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	SEGUIMIENTO_INSTITUCIONAL	PLA-00-F05
SUBPROCESO	CONTROL INTERNO	

C_211_ESTANDARES_ACREDITACION	Involucrar a todo el personal tercerizado en el momento en el proceso de acreditación, dándoles a conocer los manuales, guías protocolos, deberes y derechos y la forma como cada uno participa en este proceso. Involucrar a los Contratistas Tercerizados en los procesos de Inducción y Reinducción.	ESTANDAR_23_OPRTUNIDAD MEJORA1	Realizar capacitaciones individualizadas o grupales El personal Tercerizado en temas de SUH, SUA, Calidad, Atención al Usuario y de Uso de la carpeta Calidad	Numero de Capacitaciones Realizadas	0	2								
	Definir estrategias de apoyo con colegios e institutos para el apoyo lúdico en áreas de hospitalización.	ESTANDAR_28_OPRTUNIDAD MEJORA6	Coordinar con los institutos y los estudiantes jornadas de sensibilización para brindar sensibilización y apoyo emocional a los usuarios y sus familias mediante actividades Lúdicas en los Servicios de Internación. Dejar evidencias fotográficas de las actividades	Numero de Jornadas realizadas	0	4								
	Realizar la actualización de la Plataforma Estratégica y los diferentes Planes Operativos por Procesos que respondan a la misma.	ESTANDAR_76_OPRTUNIDAD MEJORA1	Realizar jornada de Socialización de la Plataforma Estratégica en el Talento Humano de la ESE	Numero de Capacitaciones Realizadas	0	4								
	Realizar la actualización de la Plataforma Estratégica y los diferentes Planes Operativos por Procesos que respondan a la misma.	ESTANDAR_76_OPRTUNIDAD MEJORA1	Difundir la Plataforma Estrategia por los diferentes medios institucionales, incluir en el formato de capacitaciones que sea obligatorio socializar Visio, Misión y Principios	Diseña Estrategias de Socialización SI / NO	NO	SI								
	Realizar la actualización de la Plataforma Estratégica y los diferentes Planes Operativos por Procesos que respondan a la misma.	ESTANDAR_76_OPRTUNIDAD MEJORA1	Evaluar la adherencia de la plataforma estratégica con el Talento Humano institucional	Evaluá adherencia SI / NO	NO	SI								
	Realizar seguimiento Semestral a las oportunidades de mejora priorizadas (PAMEC)	ESTANDAR_87_OPRTUNIDAD MEJORA1	Realizar seguimiento Semestral a las oportunidades de mejora priorizadas (PAMEC) y articularlas con los diferentes planes de la institución.	Numero de Seguimientos al Pamec	0	2								
	Continuar con el proceso que garantice el manejo seguro del ambiente físico incluyendo estrategia de acuerdo a los criterios del estándar	ESTANDAR_120_OPRTUNIDAD MEJORA1	Fortalecer la auditoria y revisión del procesos de la cocina que permitan evaluar y garantizar el Manejo seguro del servicio de alimentación en el Hospital	Numero de Auditorias de Calidad al Servicio	0	2								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	PLANEACION	PLA-00-F05
SUBPROCESO	PLANEACIÓN	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
OBJETIVOS_INSTITUCIONALES	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	OBJETIVO 6	Crear comité de Gestión y Desempeño	Resolución (SI/NO)	NO	SI								
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	OBJETIVO 6	Realizar Proceso de Autodiagnostico Modelo Integrado de Planeación y gestion	Dimensiones Evaluadas/total Dimensiones MIPG	0	50%								
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	OBJETIVO 6	Realizar evaluación correspondiente al Plan de Desarrollo Institucional	Plan Evaluado (SI/NO)	NO	SI								
	Mantener actualizados los sistemas de información.	OBJETIVO 7	Elaboración de plan Anticorrupción y de atención al usuario.	Documento (SI/NO)	SI	SI								
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	OBJETIVO 6	Actualizar la documentación del proceso	Documentos Actualizados/total Documentos	40%	80%								
	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE	OBJETIVO 8	Realizar 2 capacitaciones al año	Capacitaciones realizadas/Total Capacitaciones	50%	100%								
C_021_PLAN_DE_DESARROLLO	Adquisicion de tecnología de punta para el mejoramiento en la prestacion de servicios Hospitalarios	PROGRAMA 4	Elaborar proyectos de inversión para la adquisición de equipos médicos y mobiliario y presentarlos al ente departamental y nacional, para la financiación de recursos	Proyectos presntados/proyectos elaborados	SI	SI								
C_021_RIESGOS	Incumplimiento a los tiempos de formulacion de los Planes institucionales establecidos en la normatividad vigente	R_1	*Elaborar Instructivo o documento: "Bases para la Elaboración del Plan de Acción.	Documento aprobado(SI/NO)	NO	SI								
			*capacitar a los líderes del proceso en cada una de las Dependencias.	Lideres Capacitados/ Total Lideres	60%	100%								
	Incumplimiento en la ejecución y seguimiento de los planes Institucionales	R_2	*Envío de correo electrónico a las Dependencias con el suficiente tiempo de antelación, requiriendo el reporte de avance del Plan respectivo (4 seguimientos al año)	Correos Enviados/Total Correos	100%	100%								
C_021_ESTANDARES ACREDITACION	Reactivar y actualización del COMITÉ DE ÉTICA. Actualizar el código de ética y de buen gobierno institucional. Socializar y Evaluar el código de ética y de buen gobierno a todos los colaboradores. Socializar con todo el personal institucional las funciones y miembros del comité. Vincular al Comité Ética con el personal asistencial para que se sienta respaldado por dicho comité.	ESTANDAR_3_OPRTUNIDAD MEJORA1	Actualizar el Código de Buen Gobierno ajustado a los criterios del estándar.	Actualiza el Documento SI / NO	NO	SI								
			Socializar el Código de Buen Gobierno ajustado a los criterios del estándar.	(Numero de Asistentes a Socialización / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	60%								
	Articular el programa de seguridad del paciente con el mapa de riesgo institucional.	ESTANDAR_5_OPRTUNIDAD MEJORA6	Realizar Calificación, Evaluación y Seguimiento de los Riesgos para determinar la Magnitud de los mismos	(Numero de Seguimientos / 3 Seguimientos Programados) * 100	0%	100%								
			Articular las Acciones Priorizadas con el Mapa de Riesgo y definir acciones para minimizarlos	Prioriza Acciones de Mejora SI / NO	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	PLANEACION			PLA-00-F05										
SUBPROCESO	PLANEACIÓN													
C_021_ESTANDARES ACREDITACION	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPRTUNIDAD MEJORA1	Estandarizar el Reporte generado por el Software Institucional para generar la plantilla de Reporte de Indicadores	Diseña Planilla Institucional de Reporte Indicadores SI / NO	NO	SI								
	Definir los tiempos de espera en servicios Apoyo Diagnóstico y Patología.	ESTANDAR_13_OPRTUNIDAD MEJORA2	Definir mecanismos de entrega de Resultados y responsable	Define Mecanismos de entrega de resultados SI/NO	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	AREA_COMERCIAL_DE_SERVICIO	PLA-00-F05
SUBPROCESO	CARTERA	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_151_PLAN_DE_DESARROLLO	Riesgo fiscal y financiero	PROGRAMA_7	Depurar la cartera con el fin de establecer información real.	Cartera Depurada (SI/NO)	SI	SI								
OBJETIVOS_INSTITUCIONALES	Garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.	OBJETIVO 1	Lograr una meta de recaudo supuerior o igual a Tres Mil quinientos millones Mensual	Valor Recaudado/Meta Recaudo		100%								
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	OBJETIVO 6	Actualizar y presentar al comité de Calidad los Documentos correspondientes al proceso	Documentos actuzalizados/ Total Documentos	0	60%								
	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE	OBJETIVO 8	Capacitar al personal sobre aspectos relacionados con los subprocesos de gestión y recuperación de cartera de acuerdo con la normatividad vigente. (Una capacitacion anual por cada persona perteneciente al área)	Capacitaciones Realizadas/total Capacitaciones	0	100%								
C_151_ESTANDARES_ACREDITACION	Socializar las Metas de PyP Contratadas con las EAPB en la Vigencia 2018 al Grupo de Lideres. Implementar informes trimestrales de cumplimiento de metas. Como estrategia para aumentar demanda inducida	ESTANDAR_20_OPRTUNIDAD MEJORA1	Socializar las Metas de PyP Contratadas con las EAPB en la Vigencia 2018 al Grupo de Lideres.	Realiza reunión de socialización de Metas Contratadas EN LA Vigencia 2018 SI / NO	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	GESTION_FINANCIERA	PLA-00-F05
SUBPROCESO	PRESUPUESTO	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_122_RIESGOS	Deficiencia en la planeacion y programacion presupuestal de la entidad.	R_53	Capacitacion en tematica relacionada con el proceso de acuerdo a la normatividad vigente.	Capacitaciones realizadas	NO	SI								
			Documentar las politicas y procesos de elaboración y modificación del presupuesto conforme a la normatividad vigente y la ordenanza 014E de 2015	Documento (SI/NO)	NO	SI								
	Reprocesos en la informacion presupuestal	R_54	Documentar el proceso de conciliacion de informacion y establecer las politicas de operación	Documento (SI/NO)	NO	SI								
		#N/A	Reparametrizacion sistematico en el software de los aplicativos que se vinculan con presupuesto	Actividades planeadas/actividades Ejecutadas	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	SEGUIMIENTO_INSTITUCIONAL	PLA-00-F05
SUBPROCESO	PROGRAMAS INSTITUCIONALES (Seguridad del Paciente,IAAS)	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_213_ESTANDARES_ ACREDITACION	Actualizar, ajustar, socializar y evaluar los Documentos Prioritarios de Seguridad del Paciente. involucrar a los líderes y coordinadores de cada proceso en la formulación y ejecución de los planes de mejora de los eventos adversos de su servicio.	ESTANDAR_5_OPRTUNIDAD MEJORA1	Actualizar los documentos prioritarios del Programa Seguridad del Paciente	(Numero de Documentos Actualizados 2018 / Total de Documentos del Proceso) * 100	0%	90%								
			Socializar documentos prioritarios del Programa Seguridad del Paciente	(Numero de Asistentes a Socialización / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	70%								
			Evaluar documentos prioritarios del Programa Seguridad del Paciente	(Numero de Asistentes Evaluados / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	60%								
	Involucrar al personal médico tanto especializado como generales en el programa de seguridad del paciente.	ESTANDAR_5_OPRTUNIDAD MEJORA3	Realizar capacitaciones individualizadas o grupales con el gremio medico incluyendo especialistas	Numero de Capacitaciones Realizadas	0	6								
			Solicitar respaldo de la alta Gerencia para que el personal Medico Especialista se Adhiera al proceso de seguridad del paciente	Proyecta Oficio a la Alta Gerencia SI / NO	NO	SI								
	Fortalecer las Acciones de Vigilancia Pasiva y Activa del Programa de Seguridad del Paciente en la Institución según los Criterios del Manual.	ESTANDAR_5_OPRTUNIDAD MEJORA4	Utilizar los medios de comunicación oficiales del hospital del Sarare como lo son redes sociales y emisoras locales para difundir al los usuarios y sus familias el Programa de Seguridad del Paciente.	Numero de Programas radiales Realizados	0	4								
			Socializar el Programa en rondas de seguridad	Socializa programa en rondas de seguridad SI / NO	NO	SI								
			Socializar el decálogo de Seguridad del Paciente como estrategia de educación del usuario y su familia.	Socializa Decálogo en rondas de seguridad SI / NO	NO	SI								
			Resocializar de la Política de Seguridad de paciente a colaboradores, usuarios y familia.	Socializa Política de Seguridad del Paciente SI / NO	NO	SI								
	Socializar la Monitorización de los Eventos Adversos asociados a Seguridad del Paciente a los Lideres de proceso por medio de un informe mensual a los correos electrónicos y dejar evidencia. Incluir en el cronograma de Reuniones	ESTANDAR_5_OPRTUNIDAD MEJORA5	Realizar Reunión con integrantes del Comité de Seguridad Institucional y definir criterios de socialización de Eventos e incidentes en reuniones mensuales.	(Numero de reuniones realizadas / 12 reuniones programadas) * 100	0%	90%								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	SEGUIMIENTO_INSTITUCIONAL	PLA-00-F05
SUBPROCESO	PROGRAMAS INSTITUCIONALES (Seguridad del Paciente,IAAS)	

C_213_ESTANDARES_ ACREDITACION	Socializar la Monitorización de los Eventos Adversos asociados a Seguridad del Paciente a los Lideres de proceso por medio de un informe mensual a los correos electrónicos y dejar evidencia. Incluir en el cronograma de Reuniones	ESTANDAR_5_OPR TUNIDAD MEJORA5	Garantizar que los Miembros del Comité participen de mensualmente en el comité y que realicen los Respectivos Reportes, así como la Gestión de Eventos Adversos institucionales	(Numero de asistencias a los comités / 12 reuniones programadas) * 100	0%	90%								
	Articular el programa de seguridad del paciente con el mapa de riesgo institucional.	ESTANDAR_5_OPR TUNIDAD MEJORA6	Definir las Causas que generan Eventos Adversos e Incidentes en el Paciente	Documenta Causas que Generan Eventos Adversos S I/ NO	NO	SI								
			Definir los Riesgos de los Procesos que afectan la Seguridad del Paciente	Documenta Riesgos de Proceso S I/ NO	NO	SI								
	Socializar la Guía TÉCNICA "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD del Ministerio en la Institución	ESTANDAR_7_OPR TUNIDAD MEJORA2	Descargar la Guía TÉCNICA "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD	Descarga la Guia SI / NO	NO	SI								
			Socializar la Guia en reunión mensual de comité de Seguridad	Socializa la Guia SI / NO	NO	SI								
	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OP RTUNIDAD MEJORA1	Realizar Gestión de Indicadores de Calidad y de Producción. Analizar mensualmente los Indicadores de su servicio, realizar seguimiento y plantear soluciones para las desviaciones encontradas	(Numero de seguimientos / 10 Seguimientos programados) * 100	0%	80%								
	Actualizar los Documentos Prioritarios del Servicio y publicarlos en la Intranet siguiendo las recomendaciones de SIS-03-G01 - GUIA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS V6 Incluir Actualización, Aprobación, Socialización y Evaluación de el Programa de FV, RV, TV, HV, Documentar Telemedicina Documentar los documentos Prioritarios del servicio de cardiología, urología, Ecografías, y Patologías	ESTANDAR_18_OP RTUNIDAD MEJORA1	Actualizar los documentos prioritarios del PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE siguiendo las recomendaciones de la Guia de elaboración de Documentos	(Numero de Documentos Actualizados 2018 / Total de Documentos del Proceso) * 100	0%	90%								
			Solicitar al Comité MECI/Calidad la Aprobación y Publicación del los Documentos Actualizados	Solicita Aprobación SI / NO	NO	SI								
			Socializar los documentos prioritarios del PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. Dejando constancia física.	(Numero de Asistentes a Socialización / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	60%								
			Evaluar los documentos prioritarios de cada servicio asistencial. Dejando constancia física.	(Numero de Asistentes Evaluados / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	50%								
	Actualizar, Documentar, socializar y evaluar el protocolo de Aislamientos que la institución va a adoptar y definir el código de colores de tal manera que se garantice la confidencialidad del paciente.	ESTANDAR_20_OPRT UNIDAD MEJORA1	Actualizar, Documentar el protocolo de Aislamientos que la institución va a adoptar y definir el código de colores de tal manera que se garantice la confidencialidad del paciente.	Actualiza el Documento SI / NO	NO	SI								
			Socializar y evaluar el protocolo de Aislamientos que la institución va a adoptar y definir el código de colores de tal manera que se garantice la confidencialidad del paciente.	Evaluá el Documento SI / NO	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	SEGUIMIENTO_INSTITUCIONAL													
SUBPROCESO	PROGRAMAS INSTITUCIONALES (Seguridad del Paciente,IAAS)													

PLA-00-F05

C_213_ESTANDARES_ ACREDITACION	Actualizar las Guías, Protocolos, Procedimientos, Manuales y demás documentos prioritarios del Programa de Seguridad del Paciente incluyendo los documentos de IAAS.	ESTANDAR_39_OPRTUNIDAD MEJORA1	Actualizar los documentos prioritarios del Programa IAAS	(Numero de Documentos Actualizados 2018 / Total de Documentos del Proceso) * 100	0%	90%								
			Socializar documentos prioritarios del Programa IAAS	(Numero de Asistentes a Socialización / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	70%								
			Evaluar documentos prioritarios del Programa IAAS	(Numero de Asistentes Evaluados / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	60%								
	Reactivar el Comité de infecciones como una estrategia multidisciplinaria e integradora para que se divulguen las caracterizaciones de los resultados de las infecciones clasificadas, resistencia bacteriana y definir líneas de acción.	ESTANDAR_39_OPRTUNIDAD MEJORA2	Reactivar el Comité de infecciones, Articular el reporte mensual en el comité de Seguridad Institucional	Reactiva el Comité SI / NO	NO	SI								
	Fomentar la realización del evento de la semana de Seguridad del Paciente incluir el Programa humanización e incluir re inducción a todo el personal de la ESE en la plataforma estratégica, código de ética, portafolio de servicios,	ESTANDAR_108_OPRTUNIDAD MEJORA1	Programar Socialización Lineamientos de Seguridad del Paciente en la Jordana Científica de Seguridad (Congreso o Simposio)	Agenda Charla de Seguridad del Paciente SI / NO	NO	SI								
			Programar socialización de Humanización Institucional en la Jordana Científica de Seguridad (Congreso o Simposio)	Agenda Charla de Humanización SI / NO	NO	SI								
			Programar socialización de Plataforma Estratégica (Visión Misión, Código de Ética, Portafolio) Institucional en la Jordana Científica de Seguridad (Congreso o Simposio)	Agenda Charla de Plataforma Estratégica SI / NO	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	SEGUIMIENTO_INSTITUCIONAL	PLA-00-F05
SUBPROCESO	PROGRAMAS INSTITUCIONALES (HUMANIZACION)	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_213_ESTANDARES_ ACREDITACION	Implementar el programa de Humanización. Documentar el proceso, socializar y evaluar el MANUAL DE HUMANIZACIÓN (INCLUIR DERECHOS Y DEBERES) en el personal del Hospital del Sarare, puntualizando los deberes y derechos de los usuarios y su familia basado en el enfoque diferencial a través de las siguientes herramientas : folletos, pantallas de visualización, personal de atención al usuario medios de comunicación (ejemplo el espacio radial).	ESTANDAR_1_OPR TUNIDAD MEJORA1	Ajustar y actualizar el Manual de Humanización incluyendo los Derechos y Deberes de los Usuarios	Implementa el Programa SI / NO	NO	SI								
			Socializar y evaluar el Programa de Humanización en el personal de la ESE	(Número de Asistentes capacitados en Humanización 2018 / Total de Talento Humano de la ESE 2018) * 100	0%	60%								
			Involucrar al grupo de especialistas mediante capacitaciones indiciales o colectivas en todas las actividades relacionadas con derechos y deberes de los pacientes y su cumplimiento y difusión (por ejemplo la información que se le suministra al familiar y paciente sobre la evolución del usuario)	(Número de Especialistas Capacitados 2018 / Total de Especialistas 2018) * 100	0%	70%								
			Capacitar a la asociación de usuarios según los criterios del Programa de Humanización	(Numero del Personal Capacitado de la junta directiva 2018 / Total de miembros de la Junta 2018) * 100	0%	70%								
	Documentar el proceso de admisión de usuarios en los servicios de la institución teniendo en cuenta todo los solicitado en el estándar que 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.	ESTANDAR_16_OP RTUNIDAD MEJORA1	Implementar el Saludo y Presentación del equipo de salud al ingreso del paciente a los servicios de Internación promoviendo por una estrategia del Programa de Humanización del Servicio (Diseñar e implementar lista de Chequeo)	(Numero de Usuarios que responden SI / Total de usuarios encuestados) * 100 **Pregunta** : ¿El Equipo de Salud que lo Recibió Hoy lo saludo amablemente y se presento?	0%	70%								
	Implementar el Programa y la POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN, la cual debe partir de la alta gerencia y sea parte de la plataforma estratégica. Generar a la par la política de Confidencialidad a través del apoyo del código de ética y buen gobierno.	ESTANDAR_32_OP RTUNIDAD MEJORA1	Documentar y Aprobar el procedimiento la POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN, la cual debe partir de la alta gerencia y sea parte de la plataforma estratégica.	Documenta la Política SI / NO	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	SEGUIMIENTO_INSTITUCIONAL	PLA-00-F05
SUBPROCESO	PROGRAMAS INSTITUCIONALES (HUMANIZACION)	

C_213_ESTANDARES_ACREDITACION	Implementar Programas Lúdicos desde articulados con el programa de Humanización . Creación de programa de actividades lúdicas para pacientes con hospitalizaciones prolongadas (Sala de TV, Sala de Internet, Juegos de mesa como parques ajedrez, cartas, domino). Creación de áreas lúdicas en el servicio de pediatría	ESTANDAR_32_OPRTUNIDAD MEJORA3	Implementar Programas Lúdicos articulados con el programa de Humanización . Creación de programa de actividades lúdicas para pacientes con hospitalizaciones prolongadas (Sala de TV, Sala de Internet, Juegos de mesa como parques ajedrez, cartas, domino). Creación de áreas lúdicas en el servicio de pediatría	Implementa Programas Lúdicos en los Internación SI / NO	NO	SI	Yessika Lorena Sánchez Ballesteros							
	Formular y socializar una política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente promoviendo su privacidad y dignidad que sea desplegada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación.	ESTANDAR_79_OPRTUNIDAD MEJORA1	Documentar la Política de Atención Humanizada y el respeto hacia el paciente	Documenta Política SI / NO	NO	SI								
	Formular y socializar una política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente promoviendo su privacidad y dignidad que sea desplegada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación.	ESTANDAR_79_OPRTUNIDAD MEJORA1	Socializar la Política de Humanización de la Atención e integrarla al Programa de Humanización	Socializa Política SI / NO	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	TALENTO_HUMANO	PLA-00-F05
SUBPROCESO	TALENTO HUMANO	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
OBJETIVOS_INSTITUCIONALES	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	OBJETIVO 6	Realizar Proceso de Autodiagnostico Modelo Integrado de Planeación y gestion concerniente al area de TH	(Numero de Asistentes a Socialización / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	60%								
C_181_ESTANDARES_ACREDITACION	Codigode etica	ESTANDAR_3_OPRTUNIDAD MEJORA2	Socializar y evaluar el código de Ética	Actualiza el Reglamento Interno SI / NO	NO	SI								
	Revisar el reglamento interno con los líderes y sindicatos para ajustar el proceso.	ESTANDAR_75_OPRTUNIDAD MEJORA4	Revisar, Ajustar y Actualizar el Reglamento Interno Institucional, con el apoyo de Jurídica, Control Interno, Calidad y la Gerencia.	Numero de Socializaciones Realizadas	0	5								
			Socializar el Reglamento Interno Aprobado con el Grupo de Lideres y Coordinadores por medio de capacitaciones programadas dejando evidencia de Acta de reunión	Actualiza el Manual SI / NO	NO	SI								
			Revisar y Ajustar de ser necesario el Manual de Funciones según recomendaciones de Función Publica	Numero de Socializaciones Realizadas	0	5								
			Socializar EL manual de Funciones	Incluye a la Junta Cronograma de Capacitaciones SI / NO	NO	SI								
	Actualizar los Documentos Prioritarios de Talento Humano según las Recomendaciones de la Guia institucional de Elaboración de Documentos	ESTANDAR_103_OPRTUNIDAD MEJORA1	Solicitar los Documentos en Versión 0 para realizar Ajustes y Actualización	Solicita Documentos SI / NO	NO	SI								
			Actualizar los Documentos de Talento Humano según las recomendaciones de la Guia de Elaboración de Documentos	Actualiza Documento SI / NO	NO	SI								
			Documentar y socializar el proceso de Viáticos	Actualiza Documento SI / NO	NO	SI								
			Documentar y socializar el proceso de solicitud de Permisos	Socializa el Documento SI / NO	NO	SI								
			Documentar y socializar el Informe de Ausentismo Laboral trimestralmente	Socializa el Documento SI / NO	NO	SI								
			Solicitar al Comité MECI/Calidad la aprobación y publicación de los documentos en la IP3 Carpeta calidad	Solicita Aprobación SI / NO	NO	SI								
			Socializar los Documentos Prioritario con los lideres de Proceso y el Personal de Talento Humano de la Institución.	Socializa el Documento SI / NO	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PLA-00-F05

PROCESO	TALENTO_HUMANO													
SUBPROCESO	TALENTO HUMANO													
C_181_ESTANDARES_ACREDITACION	Aplicar instrumento de necesidades de capacitación, generar informe de necesidades de capacitación, La consolidación de la información, dando como resultado el cronograma y programación que se propone por medio del plan de capacitación 2018. Formular los planes de bienestar e incentivos de a las necesidades detectadas.	ESTANDAR_103_OPRTUNIDAD MEJORA2	Enviar a los Lideres de Procesos el Formato virtual para identificación de Necesidades de capacitación del servicio.	Diseña Formato Virtual SI / NO	NO	SI								
			Consolidar la información en un informe y proyectar cronograma de plan de capacitación vigencia 2018	Publica Cronograma de Capacitaciones si/no	NO	SI								
			Socializar el Plan de capacitaciones Con el comité de Bienestar Social y la Gerencia.	Socializa Plan de Capacitaciones con Lideres y Coordinadores si/no	NO	SI								
	Actualizar e implementar el Manual de inducción y reinducción	ESTANDAR_105_OPRTUNIDAD MEJORA1	Ajustar y Documentar el Manual de Inducción y Re inducción	Documenta Manual Si / No	NO	SI								
			Socializar el Manual y los Formatos de Inducción y Reinducción	Socializa Manual Si / No	NO	SI								
	Estandarizar y documentar la elaboración, presentación y liquidación de los cuadros de turno y las novedades presentadas, descansos, etc.	ESTANDAR_105_OPRTUNIDAD MEJORA3	Realizar reunión de Lideres que realizan Liquidación de Cuadro de Turnos, Talento Humano, Calidad, Planeación y Representante del Sindicato para Proponer Unificación del Formato de Cuadro de Turnos y liquidación del Mismo por sistema.	Implementa Nuevo formato de cuadro de turno SI / NO	NO	SI								
			Actualizar el Formato de Cuadro de Turnos											
			Documentar el Proceso de Presentación y Liquidación del los Cuadros de Turnos											
	Definir en los convenios docente asistencial se incluyan en sus programas de formación temas relacionados con Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad.	ESTANDAR_106_OPRTUNIDAD MEJORA2	Solicitar a los Institutos con los que la ESE tiene convenios realizar capacitación al personal en temas relacionados con Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología, Sistemas Básicos (Word, Excel.), Atención al Cliente y el mejoramiento de la calidad entre otros.	Numero de Capacitaciones realizadas	0	6								
	Gestionar la puesta en marcha del correo electrónico institucional exclusivo para talento humano que se encuentra en la plataforma.	ESTANDAR_107_OPRTUNIDAD MEJORA1	Implementar el Uso Exclusivo del Correo Institucional a los Lideres de Proceso.	Solicita Correo Institucional	30%	100%								
	Fomentar la realización del evento de la semana de Seguridad del Paciente incluir el Programa humanización e incluir re inducción a todo el personal de la ESE en la plataforma estratégica, código de ética, portafolio de servicios,	ESTANDAR_108_OPRTUNIDAD MEJORA1	Fomentar e incentivar al Talento Humano de la ESE la participación Activa del Evento de la Semana de Seguridad Institucional Mediante la proyección de una circular informativa con la programación del evento	Proyecta Circular Informativa con Programación del Evento de Seguridad del Paciente. SI / NO	NO	SI								
	Incluir en le plan de capacitación temas de interés para la junta directiva	ESTANDAR_108_OPRTUNIDAD MEJORA2	Proyectar Oficio a la Junta directiva para determinar prioridades de capacitación.	Proyecta Oficio a la Junta Directiva. SI / NO	NO	SI								
			Capacitar a la Junta directiva en la Temas priorizados en Oficio de las Necesidades	Realiza Capacitación. SI / NO	NO	SI								
			Capacitar a la Junta directiva en la Plataforma Estratégica Institucional	Realiza Capacitación. SI / NO	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado
evolucionamos pensando en usted

PLA-00-F05

PROCESO	TALENTO_HUMANO													
SUBPROCESO	TALENTO HUMANO													
C_181_ESTANDARES_ ACREDITACION	Implementar, evaluar y retroalimentar un modelo de evaluación por competencias (actividades) al personal de Planta. Revisar y ajustar el proceso de selección bajo el modelo de competencias. Realizar informe de evaluación del desempeño en donde se detalle el resultado del proceso en el cumplimiento de objetivos y competencias, aspecto por mejorar, conclusiones , etc.	ESTANDAR_109_OPR TUNIDAD MEJORA3	Aplicar el Formato de Evaluación de desempeño establecido por la CNSC para el Personal de Carrera Administrativa	Numero de Evaluaciones de Desempeño aplicadas / Total de Personala Carrera Administrativa de la ESE * 100	0%	100%								
			Realizar el Respectivo Informe de la Evaluación y Socializar con el Comité de Comisión de Personal	Realiza Informe Anual SI / NO	NO	SI								
	Revisar y ajustar con los líderes de proceso, atención al usuario, imagen corporativa el manual de imagen corporativa donde se especifiquen los pasos o fases del proceso de atención. y estabcer su implementación.	ESTANDAR_110_OPR TUNIDAD MEJORA2	Proyectar oficio a la Gerencia Solicitando Personal para el Proceso de Imagen Corporativa	Proyecta Oficio de Necesidades al Gerente SI / NO	NO	SI								
	Establecer estrategias para el manejo entre colaboradores en el Trato humano cálido, cortés y respetuoso.	ESTANDAR_113_OPR TUNIDAD MEJORA1	Programar y realizar Capacitación de Humanización de Servicios Al personal de Apoyo o Administrativo de la ESE en relación al Trato humano cálido, cortés y respetuoso entre colaboradores.	Numero de Colaboradores del Área Administrativa asistentes a la Capacitación / Total de Colaboradores del Área Administrativa de la ESE 2018 * 100	0%	80%								
			Programar y realizar Capacitación de Humanización de Servicios Al personal Asistencial de la ESE en relación al Trato humano cálido, cortés y respetuoso entre colaboradores.	Numero de Colaboradores del Área Asistencial asistentes a la Capacitación / Total de Colaboradores del Área Administrativa de la ESE 2018 * 100	0%	70%								
	Documentar y articular las actividades que estén relacionadas con el bienestar de los colaboradores y la inclusión de las familias en las actividades que se definan en Bienestar Social	ESTANDAR_113_OPR TUNIDAD MEJORA2	Promover y ejecutar las actividades deportivas para los Colaboradores de la ESE como lo Son el Torneo de Microfútbol, Torneo Tejo, Torneo Voleibol	Numero de Torneos / 3 Torneos Programados * 100	0%	66%								
			Promover y ejecutar las actividades lúdicas y de celebración de fechas especiales. Como los Son el día de la Secretaria, Día de los Niños, Día del Medico Día de Enfermería	Numero de Fechas Especiales Celebradas en el 2018	0	4								
	Incluir en el programa de bienestar la preparación para la jubilación y el retiro laboral del personal del hospital.	ESTANDAR_113_OPR TUNIDAD MEJORA3	Incluir y ejecutar en el programa de Capacitaciones Charlas Motivacionales dirigidas al personal pre-pensional	Numero de Capacitaciones para Personal Pre-pensional en 2018	0	2								
			Incluir y ejecutar en el programa de Bienestar Social Actividades Lúdicas recreativas dirigidas al personal pre-pensional	Numero de Actividades Lúdico recreativas para Personal Pre-pensional en 2018	0	1								
	Diseñar, implementar y evaluar un instrumento para la detección de necesidades y expectativas del cliente interno	ESTANDAR_114_OPR TUNIDAD MEJORA1	Diseñar, Aprobar y aplicar un instrumento para la detección de necesidades y expectativas del cliente interno	Diseña y Aplica el Instrumento Aprobado por Calidad SI / NO	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	TALENTO_HUMANO			PLA-00-F05										
SUBPROCESO	TALENTO HUMANO													
C_181_ESTANDARES_ACREDITACION	Realiza la Actualización y publicación en la intranet corporativa (IP3 CarpetaCalidad) de los Documentos Prioritarios del Proceso Talento Humano de la ESE	ESTANDAR_117_OPRTUNIDAD MEJORA1	Realizar Inventario Documental el Proceso Talento Humano para verificar documentos aprobados en la IP3 Carpeta Calidad	Realiza Inventario de Documentos SI / NO	NO	SI								
			Diseñar e implementar el Formato de Cuadro de Turnos de Talento Humano que permita realizar Liquidación de Horas y Recargos en una plantilla Excel	Implementa Formato SI / NO	NO	SI								
			Documentar, Actualizar y Aprobar los Documentos Prioritarios del Proceso Talento Humano	Número de Documentos Aprobados / Total de Documentos Documentados 2018 * 100	0%	80%								
			Socializar con los Lideres de Proceso los Documentos Prioritarios Actualizados y Aprobados del Proceso Talento Humano	Número de Documentos Socializados / Total de Documentos Aprobados 2018 * 100	0%	70%								
			Implementar el uso exclusivo de los Formatos Aprobados entre los colaboradores de la ESE	Implementa Formato SI / NO	NO	SI								
C_181_RIESGOS	Recursos perdidos por el cobro no oportuno de incapacidades a las EPS	R_51	Socializar al personal sobre la presentacion oportuna de la incapacidad y reportar el cobro	Lideres Capacitados/Total Lideres	0	80%								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	GESTION_DE_SEGURIDAD_RECURSOS FÍSICOS	PLA-00-F05
SUBPROCESO	MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_191_ESTANDARES_ACREDITACION	Actualizar los Documentos Prioritarios del Servicio y publicarlos en la Intranet siguiendo las recomendaciones de SIS-03-G01 - GUIA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS V6 Incluir Actualización, Aprobación, Socialización y Evaluación de el Programa de FV, RV, TV, HV, Documentar Telemedicina	ESTANDAR_18_OPORTUNIDAD MEJORA1	Actualizar, Socializar y Evaluar el manual Aprobado por Calidad de Tecnovigilancia siguiendo las recomendaciones de la Guia de elaboración de Documentos	(Numero de Personas Evaluadas durante el año / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	70%								
	Elaborar un proceso que responda a la necesidades relacionadas con el ambiente físico que se genera en los procesos de atención por los clientes internos y externos, donde incluya enfoque de riesgo, evaluación y mejoramiento a la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres que garantice la protección a los usuarios y colaboradores.	ESTANDAR_119_OPORTUNIDAD MEJORA1	Actualizar e Implementar el Plan de Mantenimiento Preventivo Programado de Infraestructura, incluir adecuaciones del ambiente físico, Mantenimiento de Redes Eléctricas, Red de Frio, Tanques y redes Hidráulicas. Incluir todas las Sedes y puestos de Salud de la ESE	Actualiza el Plan SI / NO	NO	SI								
			Actualizar e Implementar el Plan de Mantenimiento Preventivo Programado de Equipos Médicos, incluir todas las Sedes y puestos de Salud de la ESE	Actualiza el Plan SI / NO	NO	SI								
			Gestionar oportunamente la contratación del mantenimiento preventivo de equipos especializados y calibración de estos permitiendo que se realice esta contratación a mas tardar antes de Finalizar el primer trimestre.	Gestiona Contrato para Mantenimiento Especializado SI / NO	NO	SI								
	Realizar seguimiento a que en los planes de construcción y remodelación que efectué la institución. Vinculando directamente al Área de Mantenimiento en los procesos de adecuaciones como interventores.	ESTANDAR_119_OPORTUNIDAD MEJORA5	Realizar Informe de Auditoria Trimestral y Hace Seguimiento a las Actividades de Construcción o Remodelación de planta Física e Infraestructura.	Actualiza el Plan SI / NO	NO	SI								
			Realizar seguimiento a que en los planes de construcción y remodelación que efectué la institución,	Actualiza el Plan SI / NO	NO	SI								
			Presentar un Informe Semestral del Seguimiento a las Construcciones o Remodelaciones de la ESE en la Vigencia 2018	Actualiza el Plan SI / NO	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	**GESTION_DE_SEGURIDAD_RECURSOS FÍSICOS**				**PLA-00-F05**									
SUBPROCESO	**MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA**													
C_191_ESTANDARES_ ACREDITACION	Diseñar e implementar de un proceso de planeación de la gestión y la evaluación de la tecnología.	ESTANDAR_130_OPRTUNIDAD MEJORA1	Fortalecer las actividades del Programa de Tecnovigilancia, Capacitando al personal en Reportes de Eventos Adversos e Incidentes y Realizar visitas de inspección a los servicios y documenta Rondas de Seguridad con los hallazgos encontrados	Numero de Rondas Documentadas	0	4								
			Actualizar el Manual de del programa de Tecnovigilancia	Realiza Visitas de Inspección SI / NO	NO	SI								
			Documentar las actividades del programa de Tecnovigilancia y realizar medición de la efectividad del programa.	Numero de Actividades Documentadas de TV según Manual	0	10								
			Documenta y Socializar la Política para el funcionamiento, monitorización y control de la Tecnología.	Numero de Socializaciones Realizadas	0	4								
			Fortalecer el proceso de inducción, reinducción y entrenamiento frente al uso adecuado de la tecnología	Fortalece Proceso Inducción SI / NO	NO	SI								
	Diseño e implementación de un proceso que garantice la seguridad del uso de la tecnología, que contemple capacitación de talento humano en el uso, talento humano requerido para atender la demanda articulado con el proceso de inducción y re inducción y entrenamiento.	ESTANDAR_132_OPRTUNIDAD MEJORA1	Actualizar los Documentos del Servicio (Guias, Protocolos, Manuales, Procedimientos y Formatos)	Numero de Documentos Actualizados / Total de Documentos del Servicio * 100	0%	80%								
			Documentar y Ajustar el Manual de Uso seguro de las Tecnologías Existentes para la Institución	Actualiza el Manual SI / NO	NO	SI								
			Socializar el Manual de Uso seguro de las Tecnologías Existentes para la Institución	Socializa el Manual SI / NO	NO	SI								
			Gestionar el Reporte voluntario de eventos adversos asociados al uso de tecnología, incluyendo el análisis causal, la evaluación de los reportes de tecnovigilancia y el seguimiento a las acciones de mejora implementadas.	Numero de Capacitaciones realizaras de Reporte de EA	0	5								
			Actualizar el Inventario de Equipos Médicos de la ESE y los Clasifica según el Riesgo	Actualiza Inventario de Equipos SI / NO	NO	SI								
	Documentar en un proceso estandarizado de acuerdo a los criterios para el mantenimiento interno	ESTANDAR_134_OPRTUNIDAD MEJORA1	Actualizar e implementar el Proceso de Mantenimiento de Equipos Biomédicos de la Institución.	Actualiza el Proceso SI / NO	NO	SI								
			Documentar y Socializar el Plan Anual de Mantenimiento con los Lideres de Proceso.	Socializa el Proceso SI / NO	NO	SI								
			Verificar el Cumplimiento del Plan Anual de Mantenimiento	Numero de Mantenimientos realizados / Total de Mantenimientos	0	80%								
C_191_RIESGOS	Incumplimiento al plan de mantenimiento (Infraestructura y Equipos)	R_33	Solicitud de personal, materiales y equipos a la dirección. Calibración de los equipos biomedicos que por norma lo requieran	Oportunidad en caontratación	SI	SI								
C_191_RIESGOS	Incumplimiento al plan de mantenimiento (Infraestructura y Equipos)	R_33	Optimización de los rescuros disponibles para la ejecución del Plan de Mantenimiento (Infraestructura y equipos)		SI	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	SALUD_LABORAL	PLA-00-F05
SUBPROCESO	HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_201_ESTANDARES_ ACREDITACION	Evaluación y análisis de los puestos de trabajo	ESTANDAR_103_OPRTUNIDAD MEJORA3	Realiza Evaluación de Puestos de Trabajo	Aplica Evaluación SI / NO	NO	SI								
			Socializa resultados de Evaluación de puestos e trabajo	Socializa Resultados SI / NO	NO	SI								
	Actualización del SG-SST, bajo el decreto 1443 de 2014 y Decreto 1072 de 2015.	ESTANDAR_113_OPRTUNIDAD MEJORA4	Socializar el SG-SST al personal de la ESE por medio de capacitaciones periódicas	Numero de Capacitaciones	0	2								
	Establecer con la ARL le medición de fatiga laboral para los colaboradores del hospital.	ESTANDAR_113_OPRTUNIDAD MEJORA5	Realizar Diagnostico de Medición de Fatiga Laboral	Realiza Diagnostico SI / NO	NO	SI								
			Socializar os Resultados de la Medición de Fatiga Laboral	Numero de Capacitaciones	0	2								
	Elaborar un proceso que responda a la necesidades relacionadas con el ambiente físico que se genera en los procesos de atención por los clientes internos y externos, donde incluya enfoque de riesgo, evaluación y mejoramiento a la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres que garantice la protección a los usuarios y colaboradores.	ESTANDAR_119_OPRTUNIDAD MEJORA1	Fortalecer la implementación del plan de emergencias en cuanto a preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos	Implementa Plan de Emergencias SI / NO	NO	SI								
			Socializar el plan de emergencias y desastres internos y externos	Socializa el Plan de Emergencias SI / NO	NO	SI								
	Realizar Ajustes y Actualización de Panorama de Riesgos enfocado a la Prevención del Riesgo.	ESTANDAR_119_OPRTUNIDAD MEJORA2	Realizar Actualización de los panoramas de Riesgos en las todas las sedes de la institución.	Actualiza Panorama de Riesgos SI / NO	NO	SI								
			Socializar los panoramas de Riesgos en las todas las sedes de la institución, Realizando Capacitación en la Sede A, sede UNAP y Sede INCORA	Socializa el Panorama de Riesgos SI / NO	NO	SI								
	Realización de los simulacros en la institución.	ESTANDAR_119_OPRTUNIDAD MEJORA3	Realizar Estudio de Conveniencia para la realización del Simulacro en la Vigencia 2018 argumentando el requerimiento normativo.	Proyecta Necesidad a Gerencia SI / NO	NO	SI								
			Vincular a la Sede UNAP y la Sede B INCORA a las Actividades de Simulacro	Participa Talento Humano de UNAP y Sede B Incora	NO	SI								
			Evaluar Socializar y Rendir Informe a la Gerencia de las Actividades del Simulacro.	Realiza Informe Anual SI / NO	NO	SI								
	Continuar con el proceso que garantice el manejo seguro del ambiente físico incluyendo estrategia de acuerdo a los criterios del estándar	ESTANDAR_120_OPRTUNIDAD MEJORA1	Documentar la Política de Gestión Ambiental Responsable y Fomento de la Cultura Ecológica. Incluir en los programas de Capacitación el manejo del ambiente físico dirigido a los usuarios.	Numero de Asistentes Capacitaciones Gestión Ambiental y Cultura Ecológica / Total de Colaboradores ESE * 100	0%	70%								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	SALUD_LABORAL	PLA-00-F05
SUBPROCESO	HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	

C_201_ESTANDARES_ACREDITACION	Continuar con el proceso que garantice el manejo seguro del ambiente físico incluyendo estrategia de acuerdo a los criterios del estándar	ESTANDAR_120_OPORTUNIDAD MEJORA1	Actualizar, socializar y evaluar los procedimientos de limpieza, desinfección de áreas y superficies y esterilización	Numero de Asistentes Programadas para Socializar Procedimientos de limpieza, desinfección de áreas y superficies y esterilización	0	10								
	Continuar con la política de gestión ambiental en donde se haga énfasis en el cuidado ecológico y todo lo que involucra su impacto en nuestra organización.	ESTANDAR_121_OPORTUNIDAD MEJORA1	Socializar la Política de Gestión Ambiental	Socializa la Política SI / NO	NO	SI								
			Fortalecer la cultura de cuidado al medio ambiente con personal institucional donde este incluida la cultura ecológica y responsabilidad social	Implementa Estrategias para fortalecer la cultura de cuidado al medio ambiente y la cultura ecológica SI / NO	NO	SI								
			Definir estrategia para fomentar la cultura ecológica en la Institución que incluya la conservación de los recursos ambientales en la Institución (servicios Públicos), La conservación del medio ambiente.	Implementa Estrategias para fortalecer la cultura de cuidado al medio ambiente y la cultura ecológica SI / NO	NO	SI								
			Identificar, evaluar y mejorar continuamente el uso racional de los Recursos Ambientales (Con programas de uso eficiente de energía).	Implementa Programa SI / NO	NO	SI								
			Capacitar a los usuarios en el manejo del reciclaje en el Hospital.	Numero de Capacitaciones Realizadas	0	3								
	Continuar con el proceso en donde se realice de manera organizada evaluaciones concernientes a disminuir el impacto ambiental en nuestra organización, concientizando tanto a los usuarios como colaboradores del buen uso de los desechos ya que estos nos permite disminuir los factores de riesgo en nuestra institución	ESTANDAR_122_OPORTUNIDAD MEJORA1	Implementar estrategias para medir el cumplimiento de la segregación de residuos en la Institución, que serán socializadas en Rondas de Inspección Periódicas realizadas por la HSE y evidenciadas en el Formato de inspección	Numero de Rondas de Inspección Periódicas	0	20								
			Presentar en el Comité de Seguridad Institucional un Informe Trimestral del Formato RH1 identificando cuales servicios son mas generadores de residuos y acciones tomadas frente a las desviaciones encontradas	Numero de Informes de RH1	0	4								
			Fortalecer la correcta segregación de residuos en la institución por medio de Capacitaciones Grupales o individuales dirigidas al Talento Humano de la ESE	Numero de Capacitaciones Realizadas	0	3								
	Capacitación, entrenamiento en a la disposición y segregación de los residuos al como mínimo al 80% del personal de la institución.	ESTANDAR_122_OPORTUNIDAD MEJORA3	Capacitación, entrenamiento en a la disposición y segregación de los residuos al como mínimo al 80% del personal de la institución.	Numero de Asistentes Capacitaciones disposición y segregación de los residuos / Total de Colaboradores ESE * 100	0%	70%								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	SALUD_LABORAL													
SUBPROCESO	HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL													
C_201_ESTANDARES_ACREDITACION	Planificar ejercicios de emergencias y desastres con el objetivo de mirar las falencias de la institución cuando estos eventos se presenten y priorizarlas	ESTANDAR_123_OPRTUNIDAD MEJORA1	Actualizar y Socializar el Plan de Emergencias que incluya todas las sedes de la institución. Realizar Simulacro en la vigencia 2018.	Numero de Socializaciones Realizadas	0	3								
	Planificar ejercicios de emergencias y desastres con el objetivo de mirar las falencias de la institución cuando estos eventos se presenten y priorizarlas	ESTANDAR_123_OPRTUNIDAD MEJORA1	Realizar Seguimiento al plan de mejora de la evaluación de los simulacros realizados por la institución.	Numero de Socializaciones Realizadas	0	1								
			Socializar la funcionalidad del área azul en caso de emergencias y desastres a los usuarios.	Numero de Socializaciones Realizadas	0	3								
	Garantizar la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de incendio.	ESTANDAR_123_OPRTUNIDAD MEJORA6	Realizar Folletos Informativos y Carteleras de información con contenidos de prevención de incendios y actividades a desarrollar en caso de presentarse en la ESE y Distribuirlos en los usuarios y sus Familias Como estrategia de educación, prevención y preparación en casos de incendio.	Diseña Folletos informativos de prevención de incendios SI / NO	NO	SI								
			Entregar Folletos Informativos y Publicar en las Carteleras de información Referente a la educación de los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de incendio.	Distribuye Folletos informativos de prevención de incendios SI / NO	NO	SI								
	Realizar ajustes a la Señalización y sitios de encuentro que faciliten la ubicación.	ESTANDAR_125_OPRTUNIDAD MEJORA2	Solicitar a la Gerencia Presupuesto para Ajustar la Señalización Institucional garantizando que el Usuario se ubique en cualquier área de la ESE	Proyecta Oficio de Necesidad a la Gerencia SI / NO	NO	SI								
			Incluir en la Señalización la Sede UNAP y la Sede B INCORA	Proyecta Oficio de Necesidad a la Gerencia SI / NO	NO	SI								
	Formular una política de no fumador que aplique tanto a los usuarios como a los colaboradores de la institución.	ESTANDAR_126_OPRTUNIDAD MEJORA1	Actualizar y Socializar la política de no fumador en la ESE	Actualiza la Política SI / NO	NO	SI								
			Socializar la política de no fumador en campañas pedagógicas con ayuda de los Estudiantes de los institutos y en Jornadas de Capacitación con Lideres y Coordinadores	Numero de Jornadas de Sensibilización	0	3								
			Ajustar la señalización del hospital incluyendo señales de no fumador en todas las salas de espera y áreas donde concurran usuarios de la ESE incluyendo UNAP, Puestos de Salud y Sede Incora	Numero de Señalización de No Fumar instaladas en salas de Espera	0	10								
OBJETIVOS_INSTITUCIONALES	Generar una cultura humanizada en la prestación de Servicios de Salud, soportada en la ética y compromiso del talento humano	OBJETIVO 3	Implementacion y ejecucion del Programa de Riesgo Psicosocial	No de casos detectados y en seguimento en alteraciones de salud mental en las consultorias/No total de consultorias realizadas *100	0	40%								
	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE	OBJETIVO 8	Realizar 2 capacitaciones al año	Capacitaciones realizadas/Total Capacitaciones	33%	70%								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	SERVICIO_AL_CLIENTE	PLA-00-F05
SUBPROCESO	SIAU	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_171_ESTANDARES_ ACREDITACION	Ajustar, socializar y Evaluar el PROCEDIMIENTO ATENCIÓN AL USUARIO del Hospital del Sarare ESE.	ESTANDAR_1_OPR TUNIDAD MEJORA2	Actualizar el Documento de Atención al Usuario Según los criterios del Estándar y Articular todas las sedes de la ESE	Actualiza el Procedimiento SI / NO	NO	SI								
			incluir y Articular las Todas las Sedes del Hospital del Sarare a los Protocolos de Atención al Usuarios	(Numero de personal Capacitados 2018 de las otras sedes / Total de Personal en las Sedes 2018) * 100	0%	90%								
	Implementar la Atención Preferencial a Adultos mayores, Mujeres en embarazo y personas en condición de discapacidad.	ESTANDAR_8_OPR TUNIDAD MEJORA1	Socializar en los medios de Comunicación locales el sistema de atención preferencial	Socializar la información en Emisoras y medios locales de información SI / NO	NO	SI								
	Elaborar el documento que describa el proceso de atención al usuario desde ingreso hasta egreso teniendo en cuenta las particularidades de cada servicio y cada sede.	ESTANDAR_10_OP RTUNIDAD MEJORA1	Documentar el proceso que describa la atención al usuario desde ingreso hasta egreso teniendo en cuenta cada servicio y cada sede.	Documenta las Actividades SI / NO	NO	SI								
			Socializar el Proceso en Reunión de Lideres	Socializa a lideres el Proceso SI / NO	NO	SI								
			Socializar el Proceso en los medios de comunicación y redes sociales establecidos	Socializa el proceso en Emisora SI / NO	NO	SI								
	Ajustar, Documentar y socializar el proceso de asignación de citas, contemplando la posibilidad del usuario de elegir el profesional para la atención. - Socializar e implementar el proceso de asignación de citas a los colaboradores del proceso.	ESTANDAR_11_OP RTUNIDAD MEJORA1	Ajustar el proceso de asignación de citas, integrar todas las sedes y servicios de la ESE,	Actualiza el Documento SI / NO	NO	SI								
			Socializar el proceso de asignación de citas en todas las sedes de la ESE	Socializa el Documento SI / NO	NO	SI								
	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OP RTUNIDAD MEJORA1	Realizar Gestión de Indicadores de Calidad y de Producción. Analizar mensualmente los Indicadores de su servicio, realizar seguimiento y plantear soluciones para las desviaciones encontradas	(Numero de seguimientos / 10 Seguimientos programados) * 100	0%	80%								
	Desengañar a un responsable de Información. Asignar funciones que se encargue de dar información y orientación en el servicio de consulta externa sobre los servicios con los que se cuenta, exámenes diagnósticos procesos de facturación, de cirugía programada, visitas, derechos y deberes del usuario , si el paciente tiene acceso a los servicios en la institución o no los tiene.	ESTANDAR_14_OP RTUNIDAD MEJORA1	Entregar información al Usuario en el departamento SIAU sobre los servicios no cubiertos	Entrega Información al Usuario SI / NO	NO	SI								
			Garantizar que la información sea difundida por los medios masivos de comunicación (Pagina Web, Facebook, Twiter, Emisoras locales, y sistemas audiovisuales institucionales)	Difunde masivamente información a los usuarios SI / NO	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado
evolucionamos pensando en usted

PROCESO	SERVICIO_AL_CLIENTE				PLA-00-F05									
SUBPROCESO	SIAU													
C_171_ESTANDARES_ACREDITACION	Actualizar la Pagina Web de la Institución y las Redes Sociales	ESTANDAR_14_OPRTUNIDAD MEJORA2	Dar a conocer la plataforma SUIT a los Usuarios a través de las redes sociales	Entrega Información al Usuario SI / NO	NO	SI								
	Realizar medición del procedimiento de entrega de resultados de laboratorio clínico a través de medios electrónicos.	ESTANDAR_27_OPRTUNIDAD MEJORA3	Medir mensualmente la Proporción de exámenes entregados vía electrónica	Incremento del 20% sobre la medición de la vigencia anterior	0%	20%								
	Fortalecer el Proceso de Atención del Cliente para fortalecer las necesidades	ESTANDAR_88_OPRTUNIDAD MEJORA2	Actualizar y Ajustar el proceso de Atención al Usuario	Documenta el proceso SI / NO	NO	SI								
			Documentar la metodología para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes	Documenta el proceso SI / NO	NO	SI								
			Realizar Análisis y entrega del Informe de Necesidades	Realiza Informe de Necesidades SI / NO	NO	SI								
	Retroalimentación y Socialización a los lideres del proceso con relación a las quejas de los buzones que interpone el usuario, puntualizando en la importancia de contestar veraz y oportunamente las PQRS. Realizar verificación y seguimiento a las acciones llevadas a cabo para garantizar que las fallas no se vuelvan a repetir	ESTANDAR_47_OPRTUNIDAD MEJORA1	Retroalimentación al personal del servicio involucrado el informe mensual de PQRS y Socialización a los lideres del proceso con relación a las quejas de los buzones que interpone el usuario, puntualizando en la importancia de contestar veraz y oportunamente las PQRS.	Se evidencia Acta de Reunión Mensual SI / NO	NO	SI								
	Seguir fortaleciendo los mecanismos de control para el cumplimiento de los tiempos de respuesta de las quejas.	ESTANDAR_47_OPRTUNIDAD MEJORA2	Documentar el Indicador de Cumplimiento de Control de PQRS	Documenta el Indicador SI / NO	NO	SI								
			Realizar Seguimiento y Gestión al Indicador	Total de Actas de Socialización mensuales / 12 actas programadas * 100	0%	75%								
	Implementar la Atención Preferencial a Adultos mayores, Mujeres en embarazo y personas en condición de discapacidad.	ESTANDAR_8_OPRTUNIDAD MEJORA1	Implementar la Atención Preferencial dando prioridad a Adultos mayores, Mujeres en embarazo y personas en condición de discapacidad.	Implementa el Programa SI / NO	NO	SI								
	Formular estrategias para disminuir las barreras de acceso a los servicios en la institución.	ESTANDAR_8_OPRTUNIDAD MEJORA3	Definir y Documentar roles de Información y atención	Implementa nuevos roles en modelo de Atención SI / NO	NO	SI								
	Formular estrategias para disminuir las barreras de acceso a los servicios en la institución.		Documentar e Implementar estrategias de captación de usuarios Particulares	(Total de Recaudado Particular al mes / Total de Recaudado al mes) * 100	0%	1%								
C_171_RIESGOS	No se pueda brindar solución oportuna y satisfactoria de las PQRS instauradas por los usuarios	R_31	Socializacion de procedimiento para respuesta de PQRS	Numero de socializaciones/Numero de líderes	0	100%								
			Publicación y socialización de Derechos y Deberes de los Usuarios (3 socializaciones al año)	socializaciones realizadas/socializaciones programadas	0	100%								
			Publicar y socializar el informe de satisfacción en un periodo no superior a un mes de su elaboración.(meta 2 Informes al año)	informes socializados/total informes	50%	100%								
OBJETIVOS_INSTITUCIONALES	Aumentar la satisfacción del usuario y mejorar su calidad de vida.	OBJETIVO 2	Implementar call center para asignación de citas	Implementación (SI/NO)	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	AREA_COMERCIAL_DE_SERVICIO	PLA-00-F05
SUBPROCESO	FACTURACIÓN	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_152_ESTANDARES_ACREDITACION	Ajustar, socializar y Evaluar el PROCEDIMIENTO ATENCIÓN AL USUARIO del Hospital del Sarare ESE.	ESTANDAR_1_OPRTUNIDAD MEJORA2	Involucrar al personal de Facturación en los criterios de Atención al usuario	(Numero de Facturadores Capacitados 2018 / Total de Personal de Facturación 2018)	0%	100%								
C_152_RIESGOS	Retraso en el desarrollo de las actividades del proceso por equipos obsoletos	R_22	Solicitar disponibillidad de equipos de computo e impresoras y escaner para cualquier eventualidad	Equipos Solicitados (SI/NO)	NO	SI								
	Mala facturación y generacion de glosas	R_23	Capacitacion al personal en Contratación, Normatividad, Legislacion actual	(Numero de Facturadores Capacitados 2018 / Total de Personal de Facturación 2018)	0%	100%								
			Actualizar documentación de procesos y procedimientos y socializarlo	Documentos Actualizados/Total Documentación		60%								
			Seguimiento y verificacion estadistica mensual de facturas anuladas	total facturas registradas/total facturas anuladas	95%	100%								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	ALMACEN
SUBPROCESO	ALMACÉN

PLA-00-F05

HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado
evolucionamos pensando en usted

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
OBJETIVOS_INSTITUCIONALES	Garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.	OBJETIVO 1	Realizar semestralmete inventario de activos.	inventario realizado/inventarios programados	0%	100%								
	Garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.	OBJETIVO 1	Realizar trimestralmente invemtarios de los elementos de consumo y medicamentos	inventario realizado/inventarios programados	50%	100%								
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	OBJETIVO 6	Actualizar el manual de Propiedad Planta y equipo.	Documento Actualizado (SI/NO)	NO	SI								
	Mantener actualizados los sistemas de información.	OBJETIVO 7	Realizar depuración del Sistema (REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA REALIZACION DE BAJAS) Realizar en periodos cortos la baja en cuenta de inventarios y activos fijos	Actividaes ejecutadas/Actividades planeadas	30%	90%								
C_141_RIESGOS	Insuficiente stock de inventario para suplir las necesidades de los servicios de la institución	R_18	Programación y ejecución de compras trimestrales (soportar mediante Actas).											
			Definir stock minimo de inventario en el sistema	Productos registrados/total productos	10%	70%								
	Perdida de insumos y activos en la Institucion.	R_19	Implementar sistema de Camaras de Seguridad para la vigilancia y control de los Insumos	Implementación (Si/NO)	NO	SI								
			Implementar sistema de codificacion mediante codigo de barras	Implementación (Si/NO)	NO	SI								
			Capacitacion por areas sobre el manejo y responsabilidad de bienes publicos.	Líderes capacitados/ total Líderes	0	100%								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	GESTION_DE LA_INFORMACIÓN
SUBPROCESO	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN

PLA-00-F05

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado — evolucionamos pensando en usted

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_161_ESTANDARES_ACREDITACION	Actualizar la Pagina Web de la Institución y las Redes Sociales	ESTANDAR_14_OPRTUNIDAD MEJORA2	Actualizar y Dinamizar la Pagina Web de la Institución y las Redes Sociales	Actualiza la pagina Web SI / NO	NO	SI								
			Definir Actualizaciones Periódicas de la pagina web institucional	Documenta Actualización de la pagina SI / NO	NO	SI								
	Ajustar la parametrización en la historia clínica sistematizada de los criterios de AIEPI, datos importantes para direccionar al paciente a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Enfocada al equipo de salud como acción de mejora del Programa de Humanización de Servicios de la Red Publica de Arauca (HUMANIZACIÓN UAESA)	ESTANDAR_29_OPRTUNIDAD MEJORA1	Actualizar las Plantillas de las Historias Clínicas Digitales para que se ajusten a los requerimientos de los Programas de PyP según normatividad vigente	Actualiza las Planillas SI / NO	NO	SI								
			Implementa el uso de las Plantillas de las Historias Clínicas Digitales para que se ajusten a los requerimientos de los Programas de PyP según normatividad vigente	Implementa el uso de las Plantillas en la HC digital SI / NO	NO	SI								
	Continuar con el proceso que permita identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de la información que se brinda a usuarios y familiares	ESTANDAR_140_OPRTUNIDAD MEJORA1	Actualizar la Documentación del Proceso GESTIÓN TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN	Numero de Documentos Actualizados / Total de Documentos del Servicio * 100	0%	80%								
			Socializar los Documentos Actualizados	Numero de Socializaciones Realizadas	0	3								
			Ajustar y Actualizar la Política de Manejo de la Información en la Institución, establecido en el manual de gerencia de la información que permita cumplir con lo requerido en el estándar.	Documenta la Política SI / NO	NO	SI								
			Socializar la Política de Manejo de la Información en la Institución en reunión de Lideres de Proceso	Socializa la Política SI / NO	NO	SI								
	Diseñar un proceso que permita planear la gerencia de la información	ESTANDAR_141_OPRTUNIDAD MEJORA1	Ajusta e Implementar el Plan Gerencial de la Información Institucional, el cual incluye la mayoría de los criterios del estándar.	Documenta Plan Si / No	NO	SI								
			Socializar el Plan Gerencial de la Información Institucional	Socializa el Plan SI / NO	NO	SI								
	Diseñar e Implementar un Mecanismo de Monitoreo de control y evaluación del desempeño de los indicadores organizacionales.	ESTANDAR_141_OPRTUNIDAD MEJORA2	Documentar el procedimiento de Reporte, monitoreo y análisis de los Indicadores Institucionales.	Documenta Procedimiento Si / No	NO	SI								
			Implementar fichas técnicas institucionales a los indicadores ya establecidos y responsables del respectivo análisis. Iniciando con los indicadores del 2193 y los indicadores de calidad.	Implementa Fichas Indicadores Si / No	NO	SI								
	Fortalecer las acciones que se vienen realizando los procesos que garantizan la seguridad de la información en la institución.	ESTANDAR_144_OPRTUNIDAD MEJORA1	Ajustar y Documentar el Manual de Seguridad Informática y el Uso del Software, incluyendo las estrategias implementadas para la custodia y confidencialidad de la información	Documenta Manual Si / No	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	GESTION_DE LA_INFORMACIÓN													
SUBPROCESO	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN													

PLA-00-F05

C_161_ESTANDARES_ACREDITACION	Fortalecer las acciones que se vienen realizando los procesos que garantizan la seguridad de la información en la institución.	ESTANDAR_144_OPORTUNIDAD MEJORA1	Fortalecer el proceso de inducción, reinducción y entrenamiento frente al uso adecuado de la tecnología	Realiza Proceso de Inducción y Re-inducción SI / NO	NO	SI								
			Documentar el Procedimiento para Generar Archivos planos Datos para Realizar Gestión de Indicadores de Calidad y de Producción	Documenta el Procedimiento SI / NO	NO	SI								
	Adaptar el software de la institución a los parámetros establecidos por la organización que permita la obtención de la información de forma oportuna, veraz, clara y conciliada.	ESTANDAR_146_OPORTUNIDAD MEJORA1	Ajustar las Plantillas de PyP según Recomendaciones de la Normatividad Vigente	Documenta Manual Si / No	NO	SI								
	Garantizar que las Historias Clínicas Digitales estén firmadas electrónicamente por el usuario responsable del diligenciamiento.	ESTANDAR_148_OPORTUNIDAD MEJORA1	Ajustar y Documentar el Procedimiento de Inducción del personal en Sistemas, Garantizando la creación del Usuario cuente con Datos personales, contraseña privada de acceso y Firma digital	Documenta Procedimiento Si / No	NO	SI								
	Diseñar Un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización.	ESTANDAR_149_OPORTUNIDAD MEJORA1	Diseñar Plan de Contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización.	Documenta Plan Si / No	NO	SI								
			Socializar el Plan de Contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización.	Socializa el Plan SI / NO	NO	SI								
	Documentar el procesos Sistemas de Información y comunicación orientados a desplegar información a clientes internos y externos.	ESTANDAR_152_OPORTUNIDAD MEJORA1	Implementar el Uso de Redes Sociales como estrategia de Información hacia el Usuario y sus Familias. Incluyendo en redes sociales y pagina Web Servicios Médicos e información Actualidad de la ESE	Pagina y Redes Sociales Actualizadas SI / NO	NO	SI								
			Definir Estrategias de Comunicación que permitan desplegar la información a clientes internos y externos.	Define Estrategias de Comunicación a Clientes Internos y Externos	NO	SI								
			Implementar el uso del correo institucional para lideres y referentes de proceso	Numero de Lideres y Coordinadores que tienen Correo Institucional / Total Lideres y Coordinadores * 100	30%	100%								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	GESTION_DE LA_INFORMACIÓN
SUBPROCESO	GESTIÓN DOCUMENTAL

PLA-00-F05

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_163_RIESGOS	Pérdida de la Información y la no oprtunidad en la entrega de la misma.	R_28	Gestionar adecuación de depósitos de archivo	Solicitud Realizada para la vigencia (SI /NO)	SI	SI								
			Digitalizar documentos de archivo 2006-2012 bajo TRD.	Archivos Digitalizados/total Archivos	0	40%								
	Falta de aplicación de las normas archivisticas en su totalidad en los diferentes procesos.	R_29	Capacitacion al personal en la aplicación de las tablas de retención documental y las normas archivisticas vigentes .	Capacitaciones Dictadas/ Capacitaciones programadas.	100%	100%								
		R_29	Elaboracion del Plan Institucional de Archivo	Documento Elaborado(SI/NO)	NO	SI								
		R_29	Aprobación de Plan Institucional de Archivo	Documento APROBADO(SI/NO)	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	FARMACIA
SUBPROCESO	FARMACIA

PLA-00-F05

HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado — evolucionamos pensando en usted

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_111_ESTANDARES_ ACREDITACION	Ajustar, socializar y Evaluar el PROCEDIMIENTO ATENCIÓN AL USUARIO del Hospital del Sarare ESE.	ESTANDAR_1_OPR TUNIDAD MEJORA2	Involucrar al personal de Farmacia en los criterios de Atención al usuario	(Numero de personal de Farmacia Capacitados 2018 / Total de personal de Farmacia 2018) * 100	0%	100%								
	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OP RTUNIDAD MEJORA1	Realizar Gestión de Indicadores de Calidad y de Producción. Analizar mensualmente los Indicadores de su servicio, realizar seguimiento y plantear soluciones para las desviaciones encontradas	(Numero de seguimientos / 10 Seguimientos programados) * 100	0%	80%								
	Actualizar los Documentos Prioritarios del Servicio y publicarlos en la Intranet siguiendo las recomendaciones de SIS-03-G01 - GUIA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS V6 Incluir Actualización, Aprobación, Socialización y Evaluación de el Programa de FV, RV, TV, HV, Documentar Telemedicina	ESTANDAR_18_OP RTUNIDAD MEJORA1	Actualizar, Socializar y Evaluar el manual Aprobado por Calidad de Farmacovigilancia siguiendo las recomendaciones de la Guia de elaboración de Documentos	(Numero de Personas Evaluadas durante el año / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	70%								
	Fortalecer el programa institucional de Farmacovigilancia, Documentar y aprobar la Política de Uso racional de Antibióticos y la Guía de administración segura de medicamentos, Definir y documentar el plan farmacéutico, divulgarlo y verificar su cumplimiento. Incluyendo el reporte interno y externo, seguimiento de medicamentos externos, con formato de recepción y el seguimiento y recepción técnica de los medicamentos que la institución contrata directamente.	ESTANDAR_33_OP RTUNIDAD MEJORA1	Fortalecer el programa institucional de Farmacovigilancia capacitación del programa al personal de la ESE	(Número de Asistentes capacitados en Farmacovigilancia 2018 / Total de Talento Humano de la ESE 2018) * 100	0%	80%								
			Documentar y aprobar la Política de Uso racional de Antibióticos y la Guía de administración segura de medicamentos	Documenta la Política SI / NO	NO	SI								
C_111_RIESGOS	Insuficiente stock de inventario para suplir las necesidades de los servicios de la institución	R_18	Programación y ejecución de compras trimestrales (soportar mediante Actas).											
			Definir stock minimo de inventario en el sistema	Productos registrados/total productos	75%	100%								
	Perdida de insumos y activos en la Institucion.	R_19	Implementar sistema de Camaras de Seguridad para la vigilancia y control de los Insumos	Implementación (Si/NO)	NO	SI								
			Implementar sistema de codificacion mediante codigo de barras	Implementación (Si/NO)	NO	SI								
			Registrar en el sistema las cantidades de los inventarios fisicos parciales o totales realizados.	Inventarios Registrados/total Inventario realizados	0	100%								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	SERVICIO_AL_CLIENTE	PLA-00-F05
SUBPROCESO	TRABAJO SOCIAL	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_172_ESTANDARES_ACREDITACION	Capacitar al del Talento Humano de la ESE en la atención según CEX-05-P06 - PROCEDIMIENTO VIOLENCIA INTRAFAMILIAR y SIC-02-T01 Atención Victimas Violencia Sexual al personal Asistencial.	ESTANDAR_43_OPRTUNIDAD MEJORA1	Capacitar al 80% del Talento Humano de la ESE en la atención según CEX-05-P06 - PROCEDIMIENTO VIOLENCIA INTRAFAMILIAR y SIC-02-T01 Atención Victimas Violencia Sexual al personal de Asistencial.	(Numero de Asistentes a Socialización / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	80%								
			Certificar el personal que realiza la capacitación de Atención Victimas Violencia .	(Numero de Asistentes a Certificados / Total Asistentes a Capacitación) * 100	0%	100%								
	Dotar el Consultorio con los elementos y equipos necesarios para la atención de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar, Publicar el Flujograma de atención.	ESTANDAR_43_OPRTUNIDAD MEJORA2	Dotar el Consultorio con los elementos y equipos necesarios para la atención de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar, Publicar el Flujograma de atención.	Dotación del Consultorio SI / NO	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	INTERNACION	PLA-00-F05
SUBPROCESO	(NEONATOLOGIA, PEDIATRIA, GINECO, MEDICINA INTERNA, QUIRURGICO, UCIM)	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_052_ESTANDARES_ACREDITACION	Definir y establecer el comité de investigación y articularlo con el comité docente - asistencial. elaborar funciones de dicho comité. Socializar la existencia del comité.	ESTANDAR_2_OPRTUNIDAD MEJORA1	Documentar las Actividades que debe implementar el comité de investigaciones	Documenta las Actividades SI / NO	NO	SI								
			Articular los casos especiales que son investigados en la institución articulando las actividades con el comité docente asistencial	Documenta Los Casos Especiales al Comité Docencia SI / NO	NO	SI								
			implementar Consentimientos informados para el procedimiento	Diseña e Implementa Consentimientos Informados SI / NO	NO	SI								
	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPRTUNIDAD MEJORA1	Realizar Gestión de Indicadores de Calidad y de Producción. Analizar mensualmente los Indicadores de su servicio, realizar seguimiento y plantear soluciones para las desviaciones encontradas	(Numero de seguimientos / 10 Seguimientos programados) * 100	0%	80%								
	Documentar el proceso de admisión de usuarios en los servicios de la institución teniendo en cuenta todo los solicitado en el estándar que 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.	ESTANDAR_16_OPRTUNIDAD MEJORA1	Documentar el proceso de admisión Clínica de usuarios al Servicio de Internación de acuerdo con los criterios del estándar	Documenta el proceso SI / NO	NO	SI								
	Establecer el procedimiento de apoyo y 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 cuidado crítico.	ESTANDAR_28_OPRTUNIDAD MEJORA7	Documentar e implementar el procedimiento de apoyo y duelo permitiendo que a este tipo de pacientes se les permite el acompañamiento permanente y a las intervenciones de apoyo espiritual.	Documenta el proceso SI / NO	NO	SI								
			Socializar y Evaluar el procedimiento de apoyo y duelo permitiendo que a este tipo de pacientes se les permite el acompañamiento permanente y a las intervenciones de apoyo espiritual.	Evaluá el Documento SI / NO	NO	SI								
	Actualizar y ajustar los Planes de Cuidado de Enfermaría de la institución con enfoque de manejo integral e interdisciplinario enfocado a la seguridad del Paciente.	ESTANDAR_40_OPRTUNIDAD MEJORA2	Actualizar los Planes de Cuidado Enfermería en los Servicios de Internación (Medicina Interna, gineco-obstetricia, Quirúrgicos, UCIM, Neonatos, Pediatría, Urgencias y Observación)	Numero de Planes de enfermería actualizados por servicio / 8 planes identificados * 100	0%	80%								
	Documentar el Proceso de Contrarreferencia de Pacientes. Remitidos estandarizando criterios de admisión de entidades receptoras como también de pacientes referidos a nuestra institución.	ESTANDAR_53_OPRTUNIDAD MEJORA1	Documentar los Criterios de Remisión de usuarios a SERVICIOS DE INTERNACIÓN según los criterios del Estándar	Documenta los Criterios SI / NO	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	INTERNACION				PLA-00-F05										
SUBPROCESO	(NEONATOLOGIA, PEDIATRIA, GINECO, MEDICINA INTERNA, QUIRURGICO, UCIM)														
C_052_ESTANDARES_ACREDITACION	Realiza la Actualización y publicación en la intranet corporativa (IP3 CarpetaCalidad) de los Documentos Prioritarios del Proceso Talento Humano de la ESE	ESTANDAR_117_OPRTUNIDAD MEJORA1	Documentar el Proceso Docente Asistencial incluyendo las recomendaciones de el estándar. Documentar el proceso de prácticas formativas durante la prestación de la atención especialmente relacionado con el contacto directo con el paciente	Documenta Proceso Si / No	NO	SI									
			Estructurar y documentar una la política donde se establezca el numero de practicantes teniendo el cuenta el manejo de los pacientes, su familia, sus derechos, privacidad, dignidad y seguridad.	Implementa Política SI / NO	NO	SI									
C_053_RIESGOS	Lesiones o daños a los pacientes en el servicio de cuidados intermedios	R_5	Realizar actividades de humanización en el servicio para mejorar la atención prestada	Actividades realzadas/Actividades propuestas	SI	SI									
		R_5	Establecer incentivos para los trabajadores, aumentando los estimulos , empoderamiento y sentido de pertenencia institucional	Incentvivos establecidos(SI/NO)	NO	SI									
		R_5	Realizar medición y seguimiento a protocolos y guías institucionales	Documentos medidos/total Documentos	75%	100%									
	AUMENTO DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	R_9	Solicitar apoyo al proceso de auditoria concurrente en cuanto al seguimiento aguías médicas y revisión de historias clinicas	Historias clinicas revisadas/total Historias Clinicas											
OBJETIVOS_INSTITUCIONALES	Aumentar la satisfacción del usuario y mejorar su calidad de vida.	OBJETIVO 2	Socializar en el pabellon quirugicos los resultados de las encuestas de satisfaccon de usuarios que realiza el SIAU. (registro de asistencia institucional)	numero de colaboradores asistentes/ total de colaboradores por pabellon	50%	80%									
	Incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras de la atención en salud que mejoren la calidad del servicio en el hospital del Sarare	OBJETIVO 4	Participar en el analisis y las actividades relacionadas con los eventos adversos que ocurran cada mes en Cada pabellon	Numero de eventos adversos analizados en conjunto/ Numero de eventos adversos presentados	50%	80%									
			Aplicar lista de chequeo a la adherencia a los protocolos mas frecuente en Cada Pabellon	% de aplicación de lista de chequeo de los protocolos selecionados / Total de los protocolos porpuestos (4)	75%	100%									
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	OBJETIVO 6	Actualizar la Documentación de Cada Pabellón	Documentos actualizados/ total documentos requeridos del proceso.	90%	100%									

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	CIRUGIA
SUBPROCESO	CIRUGÍA PROGRAMADA

PLA-00-F05

HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado
evolucionamos pensando en usted

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_071_ESTANDARES_ ACREDITACION	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPRTUNIDAD MEJORA1	Realizar Gestión de Indicadores de Calidad y de Producción. Analizar mensualmente los Indicadores de su servicio, realizar seguimiento y plantear soluciones para las desviaciones encontradas	(Numero de seguimientos / 10 Seguimientos programados) * 100	0%	80%								
	Definir los tiempos de espera en servicios Apoyo Diagnóstico y Patología.	ESTANDAR_13_OPRTUNIDAD MEJORA2	Documentar el Proceso de Patologías	Documenta las Actividades SI / NO	NO	SI								
			Documentar los Tiempos de Espera en el Manual de Toma y Remisión de muestras Patológicas	Documenta las Actividades SI / NO	NO	SI								
	Ajustar el proceso en entrega de muestras patológicas a los usuarios.	ESTANDAR_36_OPRTUNIDAD MEJORA2	Documentar e Implementar el Proceso de Entrega de Muestras Patologías	Documenta el proceso SI / NO	NO	SI								
	Documentar el Indicador de Aceptación o Rechazo de estudios y Muestras de imágenes diagnósticas y Laboratorio identificando las causas que motivaron el daño. (Fallas externas o Internas). Establecer los Criterios de Aceptación y Rechazo de muestras y Gestionar el indicador.	ESTANDAR_36_OPRTUNIDAD MEJORA3	Documentar el Indicador de Aceptación o Rechazo de Patologías identificando fallas y estableciendo mejoras. Definir Criterios del indicador, Frecuencia de medición y análisis.	Documenta el Indicador SI / NO	NO	SI								
			Realizar Gestión mensual del Indicador de Aceptación o Rechazo de Patologías.	Realiza Gestión mensual del Indicador SI / NO	NO	SI								
C_071_RIESGOS	Inoportunidad en la programación quirurgica	R_12	*Asignar personal para seguimiento prequirurgico de los de los usuarios que van a ser intervenidos.	Personal Asignado (SI/NO)	NO	SI								
	Inoportunidad en la programación quirurgica	R_12	*Implementar guia de atencion al Usuario Quirurgico	Guía Implementada (SI/NO)	NO	SI								
	Inoportunidad en la programación quirurgica	R_12	Adecuación del Area fisica del SIAU quirurgico	Adecuación Realizada(SI/NO)	NO	SI								
	incremento en la cancelación de cirugías	R_13	*Educar al Usuario en la preparacion pre-operatoria del procedimiento quirurgico programado	Usuarios capacitados /total Usuarios quirurgicos		100%								
	Lesiones o daños a los Pacientes	R_8	Realizar medición y seguimiento a protocolos y guías institucionales	Documentos medidos/total Documentos		70%								
	Lesiones o daños a los Pacientes	R_8	Realizar solicitud de necesidades en cuanto a dotación de equipos	Equipos adquiridos/Equipos Solicitados	0%	10%								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	REFERENCIA_CONTRAREFERENCIA	PLA-00-F05
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRA- REFERENCIA	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_101_ESTANDARES_ACREDITACION	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPRTUNIDAD MEJORA1	Realizar Gestión de Indicadores de Calidad y de Producción. Analizar mensualmente los Indicadores de su servicio, realizar seguimiento y plantear soluciones para las desviaciones encontradas	(Numero de seguimientos / 10 Seguimientos programados) * 100	0%	80%								
	Ajustar el Proceso de Referencia según recomendaciones del Estándar.	ESTANDAR_52_OPRTUNIDAD MEJORA1	Ajustar y Actualizar los Documentos Prioritarios del Servicio.	Numero de Documentos Actualizados / Total de Documentos del Servicio * 100	0%	80%								
			Elaborar la guía con los criterios para remisión de pacientes	Documenta Guia SI / NO	NO	SI								
			Socializar a guía con los criterios para remisión de pacientes	Socializa Guia SI / NO	NO	SI								
			Socializar y Evaluar el Proceso de Referencia, que incluya la solicitud de la Admisión y Aceptación del Usuario remitido a un nivel superior como los usuarios aceptados de otras instituciones de referencia.	Numero de Documentos Actualizados / Total de Documentos del Servicio * 100	0%	80%								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	URGENCIAS
SUBPROCESO	URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS

PLA-00-F05

HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado
evolucionamos pensando en usted

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_061_ESTANDARES_ ACREDITACION	Documentar el Proceso de Contrarreferencia de Pacientes. Remitidos estandarizando criterios de admisión de entidades receptoras como también de pacientes referidos a nuestra institución.	ESTANDAR_53_OPORTUNIDAD MEJORA1	Documentar los Criterios de Remisión de usuarios a URGENCIAS según los criterios del Estándar	Documenta los Criterios SI / NO	NO	SI								
C_061_ESTANDARES_ ACREDITACION	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPORTUNIDAD MEJORA1	Realizar Gestión de Indicadores de Calidad y de Producción. Analizar mensualmente los Indicadores de su servicio, realizar seguimiento y plantear soluciones para las desviaciones encontradas	(Numero de seguimientos / 10 Seguimientos programados) * 100	0%	80%								
C_061_RIESGOS	Lesiones o daños a los pacientes en el servicio de urgencias	R_10	Realizar actividades de humanización en el servicio de urgencias	Actividades realzadas/Actividades propuestas	SI	SI								
	Lesiones o daños a los pacientes en el servicio de urgencias	R_10	Establecer incentivos para los trabajadores, aumentando los estimulos , empoderamiento y sentido de pertenencia institucional	Incentvivos establecidos(SI/NO)	NO	SI								
	Lesiones o daños a los pacientes en el servicio de urgencias	R_10	Realizar medición y seguimiento a protocolos y guías institucionales	Documentos medidos/total Documentos	20%	75%								
	AUMENTO DEL PORCENTAJE OCUPACIONAL EN URGENCIAS	R_11	Solicitar apoyo al proceso de auditoria concurrente en cuanto al seguimiento aguías médicas y revisión de historias clinicas	Historias clinicas revisadas/total Historias Clinicas										
			Solicitar apoyo a la coordinación de enfermería para la asignación oportuna de las camas desde internación a urgencias	Oportunidad de Asignación (SI/NO)	SI	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	APOYO_DIAGNOSTICO_TERAPEUTICO	PLA-00-F05
SUBPROCESO	BANCO DE SANGRE	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_081_ESTANDARES_ ACREDITACION	Actualizar los Documentos Prioritarios del Servicio y publicarlos en la Intranet siguiendo las recomendaciones de SIS-03-G01 - GUIA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS V6 Incluir Actualización, Aprobación, Socialización y Evaluación de el Programa de FV, RV, TV, HV, Documentar Telemedicina Documentar los documentos Prioritarios del servicio de cardiología, urología, Ecografías, y Patologías	ESTANDAR_18_OP RTUNIDAD MEJORA1	Socializar y Evaluar el manual Aprobado por Calidad de Hemovigilancia siguiendo las recomendaciones de la Guia de elaboración de Documentos	(Numero de Personas Evaluadas durante el año / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	70%								
			Documentar, Socializar y Evaluar el manual Aprobado por Calidad de Transfusión Sanguina siguiendo las recomendaciones de la Guia de elaboración de Documentos como actividad de vigilancia Pasiva de Hemovigilancia	(Numero de Personas Evaluadas durante el año / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	70%								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	APOYO_DIAGNOSTICO_TERAPEUTICO	PLA-00-F05
SUBPROCESO	LABORATORIO CLÍNICO	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_082_ESTANDARES_ ACREDITACION	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPRT UNIDAD MEJORA1	Realizar Gestión de Indicadores de Calidad y de Producción. Analizar mensualmente los Indicadores de su servicio, realizar seguimiento y plantear soluciones para las desviaciones encontradas	(Numero de seguimientos / 10 Seguimientos programados) * 100	0%	80%								
	Actualizar los Documentos Prioritarios del Servicio y publicarlos en la Intranet siguiendo las recomendaciones de SIS-03-G01 - GUIA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS V6 Incluir Actualización, Aprobación, Socialización y Evaluación de el Programa de FV, RV, TV, HV, Documentar Telemedicina	ESTANDAR_18_OPRT UNIDAD MEJORA1	Actualizar, Socializar y Evaluar el manual Aprobado por Calidad de Reactivovigilancia siguiendo las recomendaciones de la Guia de elaboración de Documentos	(Numero de Personas Evaluadas durante el año / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	70%								
	Capacitar al 80% del personal de Enfermería en Toma de Muestras y Certificar el proceso.	ESTANDAR_27_OPRT UNIDAD MEJORA2	Capacitar y Certificar al 80% del Personal de Enfermería que de los Servicios de Urgencias e Internación que Toman Muestras de Laboratorio	(Numero de Auxiliares Certificados / Total de Auxiliares de Urgencias e Internación 2018) * 100	0%	80%								
	Realizar medición del procedimiento de entrega de resultados de laboratorio clínico a través de medios electrónicos.	ESTANDAR_27_OPRT UNIDAD MEJORA3	Documentar e implementar el procedimiento de entrega de Resultados de laboratorio vía electrónica.	Documenta e implementa el Procedimiento SI / NO	NO	SI								
	Realizar medición del procedimiento de entrega de resultados de laboratorio clínico a través de medios electrónicos.	ESTANDAR_27_OPRT UNIDAD MEJORA3	Socializar las estragáis implementadas con los usuarios y sus familias para el envió de resultados. Esta Socialización puede ser a través de la pagina Web, Emisoras locales y volantes de información con los mecanismo de entrega electrónica	Socializa Estrategias en Medios Locales de Información dejando Evidencia SI / NO	NO	SI								
	Documentar y socializar el Perfil Microbiológico y de resistencia Antibiótica de la Institución.	ESTANDAR_33_OPRT UNIDAD MEJORA2	Documentar el Perfil Microbiológico y de resistencia Antibiótica de la Institución.	Documenta el Perfil de Resistencia Antibiótico SI / NO	NO	SI								
			Socializar el Perfil Microbiológico y de resistencia Antibiótica de la Institución.	Socializa el Documento SI / NO	NO	SI								
	Capacitar y certificar al El personal que realiza la toma de muestras. Garantizar el traslado de las muestras.	ESTANDAR_35_OPRT UNIDAD MEJORA1	Capacitar y al El personal que realiza la toma de muestras en la ESE, incluyendo en la capacitación TOMA DE MUESTRAS, TRASLADO Y REMISIÓN al laboratorio primario y de Referencia.	(Número de Asistentes capacitados en TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS CLÍNICAS / Total de Talento Humano de la ESE 2018) * 100	0%	80%								
			Certificar el personal que realiza la capacitación de toma de muestras.	(Número de Asistentes Certificados en TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS CLÍNICAS / Total de Talento Humano Capacitados) * 100	0%	80%								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	APOYO_DIAGNOSTICO_TERAPEUTICO			PLA-00-F05										
SUBPROCESO	LABORATORIO CLÍNICO													
C_082_ESTANDARES_ACREDITACION	Actualizar y Ajustar los Documentos Prioritarios del Servicio de Apoyo Diagnostico	ESTANDAR_36_OPRTUNIDAD MEJORA1	Revisar y Ajustar los PROCEDIMIENTOS PARA LA ROTULACIÓN DE INSUMOS Y REACTIVOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO dado que el SIG. esta duplicada la información existe el ADX-02-P05 y el ADX-02-P06 con la misma información	Actualiza Documento SI / NO	NO	SI								
	Documentar el Indicador de Aceptación o Rechazo de estudios y Muestras de imágenes diagnósticas y Laboratorio identificando las causas que motivaron el daño. (Fallas externas o Internas). Establecer los Criterios de Aceptación y Rechazo de muestras y Gestionar el indicador.	ESTANDAR_36_OPRTUNIDAD MEJORA3	Documentar el Indicador de Aceptación o Rechazo de Muestras, identificando fallas y estableciendo mejoras. Definir Criterios del indicador, Frecuencia de medición y análisis.	Documenta el Indicador SI / NO	NO	SI								
			Realizar Gestión mensual del Indicador de Aceptación o Rechazo de Muestras.	Realiza Gestión mensual del Indicador SI / NO	NO	SI								
	Realizar Seguimiento Mensual a los Indicadores de Programa de Control de Calidad del Laboratorio Clínico tanto interno como Externo	ESTANDAR_38_OPRTUNIDAD MEJORA1	Realizar Gestión Mensual a los Datos e indicadores del programa de Control de Calidad y tomar acciones frente a las desviaciones encontradas. Tener Evidencia del seguimiento y gestión mensual	Realiza Gestión mensual del Indicador SI / NO	NO	SI								
	El equipo de gases arteriales requiere un control de calidad externo.	ESTANDAR_38_OPRTUNIDAD MEJORA2	Solicitar a Gerencia la adquisición del control de calidad del Equipo de gases arteriales. Incluir el control el programa de control de calidad del laboratorio	Proyecta Oficio a la Alta Gerencia SI / NO	NO	SI								
	Para TSH neonatal es necesario adquirir control de calidad externo.	ESTANDAR_38_OPRTUNIDAD MEJORA3	Solicitar a Gerencia la adquisición del control de calidad del Equipo de para la Prueba TSH Neonatal Incluir el control el programa de control de calidad del laboratorio	Proyecta Oficio a la Alta Gerencia SI / NO	NO	SI								
	Documentar el Proceso de Contrarreferencia de Pacientes. Remitidos estandarizando criterios de admisión de entidades receptoras como también de pacientes referidos a nuestra institución.	ESTANDAR_53_OPRTUNIDAD MEJORA1	Documentar los Criterios de Remisión de usuarios a LABORATORIO CLÍNICO según los criterios del Estándar	Documenta los Criterios SI / NO	NO	SI								
C_082_RIESGOS	Daños en la salud del paciente	R_15	*Evaluación del manual de calidad Interno	Personal Evaluado/total Personal Evaluado		80%								
C_082_RIESGOS	Daños en la salud del paciente	R_15	*Capacitacion al personal del Area	Personal capacitado/total Personal Laboratorio		80%								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	APOYO_DIAGNOSTICO_TERAPEUTICO	PLA-00-F05
SUBPROCESO	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_083_ESTANDARES_ ACREDITACION	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPRTUNIDAD MEJORA1	Realizar Gestión de Indicadores de Calidad y de Producción. Analizar mensualmente los Indicadores de su servicio, realizar seguimiento y plantear soluciones para las desviaciones encontradas	(Numero de seguimientos / 10 Seguimientos programados) * 100	0%	80%								
	Establecer el indicador de oportunidad de lectura de estudios especiales de imagenología.	ESTANDAR_26_OPRTUNIDAD MEJORA1	Documentar el Indicador oportunidad de lectura de estudios especiales de imagenología. Implementarlo en el servicio	Documenta el Indicador SI / NO	NO	SI								
			Realizar la Gestión mensual del indicador oportunidad de lectura de estudios especiales de imagenología.	Realiza Reporte y Gestión mensual del Indicador SI / NO	NO	SI								
	Implementar zona de Vestier en los Servicios de Apoyo Diagnostico (Rayos X) mecanismos para garantizar la privacidad del paciente durante la toma de procedimientos	ESTANDAR_32_OPRTUNIDAD MEJORA2	Proyecta la necesidad a la Gerencia de la importancia de tener el Vestier en el servicio, citando la normatividad que lo reglamenta en Habilitación	Proyecta Oficio a la Alta Gerencia SI / NO	NO	SI								
	Documentar el Indicador de Aceptación o Rechazo de estudios y Muestras de imágenes diagnósticas y Laboratorio identificando las causas que motivaron el daño. (Fallas externas o Internas). Establecer los Criterios de Aceptación y Rechazo de muestras y Gestionar el indicador.	ESTANDAR_36_OPRTUNIDAD MEJORA3	Documentar el Indicador de Aceptación o Rechazo de Estudios de Imágenes Diagnosticas identificando fallas y estableciendo mejoras. Definir Criterios del indicador, Frecuencia de medición y análisis.	Documenta el Indicador SI / NO	NO	SI								
			Realizar Gestión mensual del Indicador de Aceptación o Rechazo de Estudios.	Realiza Gestión mensual del Indicador SI / NO	NO	SI								
	Documentar el Proceso de Contrarreferencia de Pacientes. Remitidos estandarizando criterios de admisión de entidades receptoras como también de pacientes referidos a nuestra institución.	ESTANDAR_53_OPRTUNIDAD MEJORA1	Documentar los Criterios de Remisión de usuarios a IMÁGENES DIAGNOSTICAS según los criterios del Estándar	Documenta los Criterios SI / NO	NO	SI								
C_083_RIESGOS	Radiación innecesaria para Usuarios, Acompañantes de los Usuarios y Personal que labora en la institucion	R_38	Separar el area de mamografia de la Sala de rayos x,	Proyección solicitud (SI/NO)	NO	SI								
C_083_RIESGOS	Daños y Lesiones al usuario	R_39	Actualizar, socializar y hacer seguimiento de Manuales guias y protocolos.	Documentos actualizados/Total Documentos		100%								
		R_39	Solicitud de Sistema de energia regulada (UPS) para los equipos biomedicos del area	Proyección solicitud (SI/NO)	NO	SI								
	Insatisfacción en el servicio por demora en la atención	R_40	*Solicitud de ampliación de dias especialista para el servicio de Ecografía.	Proyección solicitud (SI/NO)	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	REHABILITACION
SUBPROCESO	TERAPIA FÍSICA

PLA-00-F05

HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado
evolucionamos pensando en usted

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_091_ESTANDARES_ACREDITACION	Documentar las Guias de Manejo de las Primeras causas de consulta al servicio.	ESTANDAR_56_OPRTUNIDAD MEJORA2	Documentar las Guias de Manejo de las Primeras causas de consulta al servicio.	Documenta las Principales Guias de Atención de Rehabilitación SI / NO	NO	SI								
	Documentar las Guias de Manejo de las Primeras causas de consulta al servicio.	ESTANDAR_56_OPRTUNIDAD MEJORA2	Socializar las Guias de Manejo de las Primeras causas de consulta al servicio.	Socializa las Principales Guias de Atención de Rehabilitación SI / NO	NO	SI								
	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPRTUNIDAD MEJORA1	Realizar Gestión de Indicadores de Calidad y de Producción. Analizar mensualmente los Indicadores de su servicio, realizar seguimiento y plantear soluciones para las desviaciones encontradas	(Numero de seguimientos / 10 Seguimientos programados) * 100	0%	80%								
C_091_RIESGOS	Daño o Lesiones al Paciente	R_44	*Adquisición de Equipos optimos para la prestación del Servicio	Equipos adquirirdos (SI/NO)	NO	SI								
	Incumplimiento de las condiciones de Habilitacion requeridas para la prestación del Servicio	R_45	*Reubicación del proceso en la sede UNAP.	Sede Rehubicada(SI/NO)	NO	SI								
	Dificultad en la accesibilidad del servicio	R_46	*Adquisición de Cubiculos para la privacidad y atención de los usuarios.	Cubiculos Adquiridos(SI/NO)	NO	SI								
OBJETIVOS_INSTITUCIONALES	Garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.	OBJETIVO 1	promocionar el examen de espirometria por el servicio de terapia respiratoria e incrementar una atencion de 100 estudios mensualmente para una meta del 100%	examenes facturados/estudios facturados	26,08%	100%								
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	OBJETIVO 6	Actualizar el procedimiento de referencia y contrareferencia la remision de pacientes de rehabilitacion..	Documento Actualizado (SI/NO)	NO	SI								

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PROCESO	SERVICIOS_AMBULATORIOS	PLA-00-F05
SUBPROCESO	SALUD ORAL	

Plataforma Estratégica							seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION
C_042_ESTANDARES_ACREDITACION	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPRTUNIDAD MEJORA1	Realizar Gestión de Indicadores de Calidad y de Producción. Analizar mensualmente los Indicadores de su servicio, realizar seguimiento y plantear soluciones para las desviaciones encontradas	(Numero de seguimientos / 10 Seguimientos programados) * 100	0%	80%								
	Documentar y socializar el procedimiento para la Asignación de cita y Atención presencial del paciente con el enfoque diferencial	ESTANDAR_25_OPRTUNIDAD MEJORA3	Documentar y Aprobar el procedimiento para la Asignación de cita y Atención preferencial del paciente con el enfoque diferencial	Documenta el proceso SI / NO	NO	SI								
			Socializar el procedimiento para la Asignación de cita y Atención presencial del paciente con el enfoque diferencial	Evaluá el Documento SI / NO	NO	SI								
	Construir indicadores de Calidad y de Producción del servicio	ESTANDAR_25_OPRTUNIDAD MEJORA4	Definir cuales indicadores se van a manejar en el servicio	Define Indicadores SI / NO	NO	SI								
	Construir indicadores de Calidad y de Producción del servicio		Implementar la Gestión de Indicadores en el Servicio, incluyendo la documentación, responsable de análisis, frecuencia de medición y acciones tomadas ante las desviaciones identificadas.	Documenta el proceso SI / NO	NO	SI								
C_042_RIESGOS	Incumplimiento de metas de Promoción y prevencion en Salud Oral.	R_37	Realizar Actividades de promocion y prevención en salud oral por parte de los profesionales (Odontologos)	Actividades Realizadas/Actividades Programadas	SI	SI								
OBJETIVOS_INSTITUCIONALES	Garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.	OBJETIVO 1	Realizar auditoria a la historia clinica para verificar la efectividad del tratamiento	Historias auditadas/ Numero de Historias	10%	50%								