

PROCESO	DIRECCION			SUBPROCESO	SUBGERENCIA CIENTÍFICA				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		50%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
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 otorinolaringología. *Procedimientos de Cirugía plástica, reconstructiva y maxilofacial. *Procedimientos de neurocirugía. *Procedimientos de Cirugía de ortopedia de alta complejidad. *Fortalecimiento de imágenes diagnósticas que incluye resonancia magnética nuclear	Servicios Aperturados/Total servicios Propuestos	NO	40%	100%	Se dio apertura al servicio de Neumología en modalidad de Telemedicina.							100%	COMPLETO
	Mejorar o mantener la oportunidad en la atención 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	Oportunidad Cita.	SI	SI	25%	Se incrementaron las Citasde medicina interna en un 5,21 % debido a que en el primer trimestre del 2017 Se asignaron 2379 citas y en el mismo perio del 2018 2503 citas	25%	Se incrementaron las Citasde medicina interna en un 209 % debido a que en el segundo trimestre del 2017 Se asignaron 1.660 citas y en el mismo perio del 2018 3.483 citas					50%	EN DESARROLLO
	Mejorar o mantener la oportunidad en la atención 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	Oportunidad Cita.	SI	SI	0%	Se disminuyeron las Citas de Gineco-obstetricia en un 4,03 % debido a que en el primer trimestre del 2017 Se asignaron 3.244 citas y en el mismo perio del 2018 3.113 citas	0%	Se disminuyeron las Citas de Gineco-obstetricia en un 17,01 % debido a que en el Segundo trimestre del 2017 Se asignaron 4.025 citas y en el mismo perio del 2018 3.360 citas					0%	NO INICIADO
	Mejorar la oportunidad en la atención de Pediatría	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	Oportunidad Cita.	SI	SI	25%	Se incrementaron las Citasde pediatria en un 5,90 % debido a que en el primer trimestre del 2017 Se asignaron 1.287 citas y en el mismo perio del 2018 1.363 citas	25%	Se incrementaron las Citasde pediatria en un 22,72 % debido a que en el segundo trimestre del 2017 Se asignaron 1.448 citas y en el mismo perio del 2018 1.777 citas					50%	EN DESARROLLO
	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%										
	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPR TUNIDAD MEJORA1	Documentar el proceso de Indicadores de Oportunidad desde la Capitación del dato hasta el Análisis	Documenta el proceso SI / NO	NO	SI	0%		50%	Se evidencia documento en Excel donde se realiza el monitoreo el comportamiento de los indicadores de oportunidad de enero a junio 2018					50%	EN DESARROLLO

PROCESO	DIRECCION			SUBPROCESO	SUBGERENCIA CIENTÍFICA				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO	
	Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		50%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
C_012_ESTANDARES ACREDITACION	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_OPR TUNIDAD MEJORA1	Fortalecer el equipo Psicología durante las 24 horas los 7 días a la semana	Disponibilidad horas psicología semanal/Total Horas Semana	NO	SI	0%		100%	Se evidencia la contratación de tres profesionales en salud Mental, una de ellas con especialización en Psicología Clínica; entre quienes se distribuyen las actividades intrahospitalarias, de consulta externa, de atención a eventos de interés en salud pública y el centro de Escucha					100%	COMPLETO
	Mantener un funcionario en referencia y Contrareferencia las 24 horas durante los 7 días de la semana.	ESTANDAR_28_OPR TUNIDAD 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	0%		100%	Se implemento el nuevo horario extendido de 6:00 am a 10:00 pm					100%	COMPLETO
	Designar responsable de la implementación de la política y programa de humanización.	ESTANDAR_79_OPR TUNIDAD MEJORA2	Designar responsable de la implementación de la política y programa de humanización.	Designa Responsable del Proceso SI / NO	NO	SI	0%		50%	Se había designado a la profesional Ludj Gómez para la implementación del programa de Humanización.					50%	EN DESARROLLO
	Diseño e implementación de la política de prestación de servicios que permita la estandarización de las rutas críticas de en el proceso	ESTANDAR_80_OPR TUNIDAD MEJORA1	Proyectar la política de prestación de servicios.	Documenta Política SI / NO	NO	SI	0%		0%						0%	NO INICIADO
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%	0%		0%						0%	NO INICIADO

PROCESO	SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			SUBPROCESO	PROGRAMAS INSTITUCIONALES (SEGURIDAD DEL PACIENTE)				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO	
	Plataforma Estratégica				MEDICION				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	TOTAL	ESTADO
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_OPR TUNIDAD MEJORA1	Actualizar los documentos prioritarios de Programa Seguridad del Paciente	(Numero de Documentos Actualizados 2018 / Total de Documentos del Proceso) * 100	0%	90%	0%		40%	En la Carpeta Calidad se Evidencian 38 Documentos Controlados de los cuales 13 Documentos 2014, 5 Documentos 2015, 2 Documentos 2016, 9 Documentos 2017, 9 Documentos 2018. Los Documentos 2014 y 2015 deben ser actualizados.					40%	EN DESARROLLO
			Socializar documentos prioritarios de Programa Seguridad del Paciente	(Numero de Asistentes a Socialización / Total de Personal ESE 2018) * 100	0	0.7	0%		80%	La Referente de Seguridad el paciente refiere haber realizado capacitacion a 422 personas del Hospital del Sarare, de las cuales 7 son especialistas, 195 medicos generales, 195 auxiliares, 32 jefes. Pendiente Certificacion por parte de la Jefe de Seguridad del Paciente y verificar Actas					80%	EN DESARROLLO
			Evaluar documentos prioritarios de Programa Seguridad del Paciente	(Numero de Asistentes Evaluados / Total de Personal ESE 2018) * 100	0	0.6	0%		90%	La Referente de Seguridad el paciente refiere haber realizado capacitacion a 422 personas del Hospital del Sarare, de las cuales 7 son especialistas, 23 medicos generales, 195 auxiliares, 32 jefes. Pendiente Certificacion por parte de la Jefe de Seguridad del Paciente y verificar Actas					90%	COMPLETO
	Involucrar al personal médico tanto especializado como generales en el programa de seguridad del paciente.	ESTANDAR_5_OPR TUNIDAD MEJORA3	Realizar capacitaciones individualizadas o grupales con el gremio medico incluyendo especialistas	Numero de Capacitaciones Realizadas	0	6	0%		40%	Se evidencia asistencia a capacitacion de 7 especialistas.					40%	EN DESARROLLO
			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	0%		100%	Se evidencia asistencia a Programa de Radio y publicaciones en la página de Facebook de actividades propia del Programa de Seguridad del Paciente					100%	COMPLETO

PROCESO	SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			SUBPROCESO	PROGRAMAS INSTITUCIONALES (SEGURIDAD DEL PACIENTE)				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO		
	Plataforma Estratégica				MEDICION				seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		71%
ENLACE ESTRATEGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
	Fortalecer las Acciones de Vigilancia Pasiva y Activa del Programa de Seguridad del Paciente en la Institución según los Criterios del Manual.	ESTANDAR_5_OPR TUNIDAD MEJORA4	Socializar el Programa en rondas de seguridad	Socializa programa en rondas de seguridad SI / NO	NO	SI	0%		100%	Se Evidencia programa de radio el 7 de mayo en el programa Hoy en #TuSaludDia Clara Nubia Rolon Rodríguez Dra. En Salud Pública y Epidemióloga, hablándonos de Seguridad del Paciente. Conéctate 88.3 Emisora Sararetereo o en www.sararetereo.net.					100%	COMPLETO	
			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	100%	Se Evidencia Socialización en comité de Seguridad del Paciente y en el Proceso de Inducción y Reinducción								100%	COMPLETO
			Resocializar de la Política de Seguridad de paciente a colaboradores, usuarios y familia.	Socializa Política de Seguridad del Paciente SI / NO	NO	SI	100%	Se Evidencia Socialización en comité de Seguridad del Paciente y en el Proceso de Inducción y Reinducción									100%
	Socializar la Monitorización de los Eventos Adversos asociados a Seguridad del Paciente a los Líderes 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 MEJORAS	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	0.9	20%	Se evidencian Actas de: 23/03/2018 Asisten 14 15/02/2018 Asisten 11 3 Actas de Reunión de Socialización correspondientes al Mes de Enero, Febrero, Marzo	20%	Se evidencian Actas de: 24/05/2018 Asisten 12 30/04/2018 Asisten 13 27/04/2018 Ronda 11 Asistentes 23/03/2018 Asisten 14 15/02/2018 Asisten 11 1 Acta de Reunión de Socialización correspondientes al Mes de Abril. Pendiente Mayo y Junio					40%	EN DESARROLLO	
	Socializar la Monitorización de los Eventos Adversos asociados a Seguridad del Paciente a los Líderes 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 MEJORAS	Garantizar que los Miembros del Comité participen de mensualmente en el comité y que realicen los Respective Reportes, así como la Gestión de Eventos Adversos institucionales	(Numero de asistencias a los comités / 12 reuniones programadas) * 100	0	0.9	10%	Se Evidencia en las Actas de Reunión los asistente. EL personal es motivado por la referente de seguridad de paciente. Sin embargo no están Firmadas	0%						10%	ATRASADO	
	Articular el programa de seguridad del paciente con el mapa de riesgo institucional.	ESTANDAR_5_OPR TUNIDAD MEJORAS	Definir las Causas que generan Eventos Adversos e Incidentes en el Paciente	Documenta Causas que Generan Eventos Adversos S / NO	NO	SI	100%	Se tiene documentado en el Manual de Seguridad del Paciente 63 Eventos adversos asociados de Seguridad del Pacientes ANEXO G: LISTADO DE EVENTOS SUSCEPTIBLES DE SER REPORTADOS AL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE "HOSPITAL SEGURO: PACIENTES SEGUROS".							100%	COMPLETO	

PROCESO	SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			SUBPROCESO	PROGRAMAS INSTITUCIONALES (SEGURIDAD DEL PACIENTE)				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO		
	Plataforma Estratégica				MEDICION				seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		71%
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
C_213_ESTANDARES_AREDITACION			Definir los Riesgos de los Procesos que afectan la Seguridad del Paciente	Documenta Riesgos de Proceso S / NO	NO	SI			100%	el Manual de Seguridad del Paciente 63 Eventos adversos asociados de Seguridad del Pacientes. Se evidencia Socialización en Jornada 26 al 29 Junio 2018							
			Socializar la Guía TÉCNICA "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD del Ministerio en la Institución	Descarga la Guía SI / NO	NO	SI	100%	Se Evidencia Documento descargado de la pagina https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx Paquetes instruccionales de las buenas prácticas para la seguridad del paciente ubicado en \\192.168.1.3\CarpetaCalidad\21. SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL\03. Seguridad del Paciente\11. Documentos Externos\MINISTERIO Buenas practicas de seguridad del paciente							100%	COMPLETO	
			Socializar la Guía en reunión mensual de comité de Seguridad	Socializa la Guía SI / NO	NO	SI	100%	Se evidencia socialización en el Comité de Enero 2018 en la Diapositiva 7.								100%	COMPLETO
			Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	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	0,8	0%		10%	Se evidencia Gestión de Eventos Adverso					10%	ATRASADO
			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	Actualizar los documentos prioritarios del PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE siguiendo las recomendaciones de la Guía de elaboración de Documentos	(Numero de Documentos Actualizados 2018 / Total de Documentos del Proceso) * 100	0	0,9	0%		50%	Se evidencian actualizacion de 20 documentos de 38 en el SIGC					50%	EN DESARROLLO
		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.	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	0%		100%	Se Evidencia GUÍA DE AISLAMIENTO PREVENCIÓN DE IAAS Versión 1 con fecha 12/06/2018					100%	COMPLETO	
		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.	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.	Evalúa el Documento SI / NO	NO	SI	0%		100%	Se evidencia socialización del protocolo en rondas de seguridad.					100%	COMPLETO	

PROCESO	SEGUIMIENTO_INSTITUCIONAL			SUBPROCESO	PROGRAMAS INSTITUCIONALES (SEGURIDAD DEL PACIENTE)				VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO		
Plataforma Estratégica				MEDICION				seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		71%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
C_213_ESTANDARES_AREDITACION	Actualizar las Guías, Protocolos, Procedimientos, Manuales y demás documentos prioritarios del Programa de Seguridad del Paciente incluyendo los documentos de IAAS.	ESTANDAR_39_OPR TUNIDAD MEJORA1	Actualizar los documentos prioritarios de Programa IAAS	(Numero de Documentos Actualizados 2018 / Total de Documentos del Proceso) * 100	0	0,9	50%	Se evidencian actualizacion de 20 documentos de 38 en el SIGC							50%	EN DESARROLLO	
			Socializar documentos prioritarios de Programa IAAS	(Numero de Asistentes a Socialización / Total de Personal ESE 2018) * 100	0	0,7	100%	Se evidencia socializacion del protocolo en rondas de seguridad.								100%	COMPLETO
			Evaluar documentos prioritarios de Programa IAAS	(Numero de Asistentes Evaluados / Total de Personal ESE 2018) * 100	0	0,6	33%	Se evidencia una jornada de evaluacion. Pendiente Calificacion									33%
	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_OPR TUNIDAD MEJORA2	Reactivar el Comité de infecciones. Articular el reporte mensual en el comité de Seguridad Institucional	Reactiva el Comité SI / NO	NO	SI	100%									100%	COMPLETO
	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_OPR TUNIDAD 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	0%		50%	Se Programo para el mes de Agosto						50%	EN DESARROLLO
			Programar socialización de Humanización Institucional en la Jordana Científica de Seguridad (Congreso o Simposio)	Agenda Charla de Humanización SI / NO	NO	SI	0%		50%	Se Programo para el mes de Agosto						50%	EN DESARROLLO
			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	0%		50%	Se Programo para el mes de Agosto						50%	EN DESARROLLO

PROCESO	SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			SUBPROCESO	PROGRAMAS INSTITUCIONALES (HUMANIZACION)				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO		
	Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		47%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
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	0%		100%	Se evidencia el documento CEX-05-M01 MANUAL DE HUMANIZACIÓN Versión 0 con fecha de aprobación 12-06-2018 en la siguiente ruta \\192.168.1.3\CarpetaCali dad4. SERVICIOS AMBULATORIOS. Psicologia-4 Manuales					100%	COMPLETO	
			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%	0%		50%	Se evidencia Acta de Reunión con Fecha 05-07-2018 de socialización preliminar para ajustes en reunión de líderes de proceso. Pendiente programar socialización con el personal asistencial y administrativo					50%	EN DESARROLLO	
			Involucrar al grupo de especialistas mediante capacitaciones individuales 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%	0%		0%							0%	NO INICIADO
			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%	0%		0%							0%	NO INICIADO
	Documentar el proceso de admisión de usuarios en los servicios de la institución teniendo en cuenta todo lo 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_OPR TUNIDAD 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	0%	70%	0%		0%						0%	NO INICIADO	

PROCESO	SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			SUBPROCESO	PROGRAMAS INSTITUCIONALES (HUMANIZACION)				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO	
	Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		47%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
	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_OPR TUNIDAD 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	100%	Se evidencia aprobada la Política de Humanización Con Fecha 25-05-2018 y publicada en la siguiente ruta \\192.168.1.3\CarpetaCalida d21. SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL\04. Comités Institucionales\COMITÉ\COMITÉ TÉCNICO-OPERATIVO DE HUMANIZACIÓN	0%						100%	COMPLETO
	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_OPR TUNIDAD 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	25%	Se encuentra en etapa de documentación	0%						25%	ATRASADO
C_213_ESTANDARES. ACREDITACION	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_OPR TUNIDAD MEJORA1	Documentar la Política de Atención Humanizada y el respeto hacia el paciente	Documenta Política SI / NO	NO	SI	100%	Se evidencia aprobada la Política de Humanización Con Fecha 25-05-2018 y publicada en la siguiente ruta \\192.168.1.3\CarpetaCalida d21. SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL\04. Comités Institucionales\COMITÉ\COMITÉ TÉCNICO-OPERATIVO DE HUMANIZACIÓN	0%						100%	COMPLETO
	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_OPR TUNIDAD MEJORA1	Socializar la Política de Humanización de la Atención e integrarla al Programa de Humanización	Socializa Política SI / NO	NO	SI	0%		50%	Se evidencia Acta de Reunión con Fecha 05-07-2018 de socialización preliminar para ajustes en reunión de lideres de proceso. Pendiente programar socialización con el personal asistencial y administrativo					50%	EN DESARROLLO

PROCESO	SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			SUBPROCESO	MEDICION				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO			
Plataforma Estratégica					MEDICION				seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		36%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATEGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACION	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO		
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%	18%	Se han realizado los autodiagnosticos de: *Gestion del Talento Humano *Plan anticorrupcion *Gestion documental	38%	Se han realizado los autodiagnosticos de: *Integridad *Control Interno *Rendicion de Cuentas *Servicio al Ciudadano *Tramites					56%	EN DESARROLLO		
			Realizar y desarrollar Plan Anual de Auditoria	Cumplimiento	80%	100%	100%	\192.168.1.3\Carpeta\Calidad\21. SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL\01. Control Interno y Calidad\9. Registros.							100%	COMPLETO		
			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%	71%	Pendiente elaboración de informe cuatrimestral del MECI ajustado al nuevo modelo de Planeación y Gestión MIPG.	0%							71%	EN DESARROLLO	
			Realizar 2 informes de Seguimiento a la contestación Oportuna de PQRS	Informes Realizados/Total de Informes	100%	100%	50%	Se evidencia informe correspondiente al segundo semestre de 2017	40%	Se encuentra en elaboración el informe del primer semestre 2018.						90%	COMPLETO	
			Realizar seguimiento Trimestral a los mapas de riesgos a todos los procesos del Hospital	Seguimientos Realizados/Total Seguimientos	80%	90%	0%	No se ha iniciado	25%	Se evidencia seguimiento correspondiente al segundo trimestre						25%	ATRASADO	
			Verificación de Cumplimiento de Requisitos de Habilitación Resolución 2003 de 2014 a todos los procesos de la ESE (1 verificación y un seguimiento por proceso)	Informes Realizados/Total de Informes	50%	100%	10%	Se esta Realizando el proceso de verificación de las condiciones de habilitación de la sede A. Iniciando por Telemedicina	50%	Se realizó auditoria de verificación a : Telemedicina, urgencias, laboratorio, rx, banco de Sangre, farmacia, cirugía y consulta especializada, de igual manera se realizó un general a todos los servicios. Las evidencias reposan en carpeta Calidad/Seguimiento institucional/calidad 2018/informes de auditoria						60%	EN DESARROLLO	
	Mantener actualizados los sistemas de información.	OBJETIVO 7	Publicar en Pagina WEB los Respetivos Informes	Informes Publicados/Total Informes	100%	100%	0%	No se han publicado los respectivos Informes	0%						0%	NO INICIADO		

PROCESO	SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			SUBPROCESO	VIGENCIA										2018		CUMPLIMIENTO	
	Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		36%	EN DESARROLLO		
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO		
C_211 ESTANDARES ACREDITACION	Reactivar el comité de Ética Hospitalaria Institucional, dejando evidencia de reuniones y acciones de mejoramiento y verificar funcionamiento.	ESTANDAR_1_OPRTURNIDAD MEJORA3	Publicar los actos administrativos de conformación	Notifica miembros de Comité SI / NO	NO	SI	30%	Se realizo reunion con el Dr Calvo Sanchez quedando como compromiso la actualizacion de los Comites. Esta pendiente la Actualizacion de los Actos administrativos para la publicacion	0%						30%	ATRASADO		
	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_OPRTURNIDAD MEJORA2	Realizar Charla con el Gremio de Especialistas del SUA y SUH implementari mecanismos para que garanticen mejoramiento de la atención del usuario cumpliendo con los estándares de acreditación.	Numero de Capacitaciones Realizadas SI / NO	0	2	0%		0%						0%	NO INICIADO		
C_211 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%	0%	En la fecha de evaluación no se evidenció analisis de indicadores	50%	RESOLUCIÓN 0256 - HOSPITAL FINAL 2018 ESTE 01 ENERO INDICADORES 1552 02 FEBRERO INDICADORES 1552 03 MARZO INDICADORES 1552 04 ABRIL INDICADORES 1552 05 MAYO INDICADORES 1552 2018 INDICADORES DE PRODUCCIÓN INDICADORES DE PRODUCCIÓN TOTAL COMPARATIVO 2017 y 2018					50%	EN DESARROLLO		
	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	0%		50%	Se evidencia Formato de capacitación de Reunión la primera reunión con los vigilantes y auxiliares de cocina con fecha 30-05-2018 donde participaron 13 funcionarios (8 EMSOTRASALUD Y 5 DE CALT SEGURIDAD), así mismo se programa no una nueva reunión el día 06-06-2018 a la cual asisten 9 funcionarios (3 EMSOTRASALUD Y 6 DE CALT SEGURIDAD)					50%	EN DESARROLLO		
	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	20%	Se realizo reunion en comité Docente asistencial con los Institutos ESEDCO y CEDECSPRO programar actividades a realizar en la vigencia. Pendiente proyectar cronograma de actividades	0%						20%	ATRASADO		
	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	0%	Pendiente Aprobacion en Junta de la Nueva plataforma estrategica	0%						0%	NO INICIADO		

PROCESO	SEGUIMIENTO_INSTITUCIONAL			SUBPROCESO	VIGENCIA								2018		CUMPLIMIENTO	
	Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		36%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
	Realizar la actualización de la Plataforma Estratégica y los diferentes Planes Operativos por Procesos que respondan a la misma.	ESTANDAR_76_OPRT UNIDAD 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	0%	Pendiente Aprobacion en Junta de la Nueva plataforma estrategica	0%						0%	NO INICIADO
	Realizar la actualización de la Plataforma Estratégica y los diferentes Planes Operativos por Procesos que respondan a la misma.	ESTANDAR_76_OPRT UNIDAD MEJORA1	Evaluar la adherencia de la plataforma estratégica con el Talento Humano institucional	Evalúe adherencia SI / NO	NO	SI	0%	Pendiente Aprobacion en Junta de la Nueva plataforma estrategica	0%						0%	NO INICIADO
	Realizar seguimiento Semestral a las oportunidades de mejora priorizadas (PAMEC)	ESTANDAR_87_OPRT UNIDAD MEJORA1	Realizar seguimiento Semestral a las oportunidades de mejora priorizadas (PAMEC) y articularlas con los diferentes planes de la institución.	Numero de Segimientos al Pamec	0	2	10%	En Desarrollo. Pendiente la primera revision del cumplimiento del PAMEC correspondiente al primer semestre de 2018	40%						50%	EN DESARROLLO
	Continuar con el proceso que garantice el manejo seguro del ambiente fisico incluyendo estrategia de acuerdo a los criterios del estándar	ESTANDAR_120_OPRT UNIDAD 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	0%		10%	Se evidencia Visita de inspección a ala Cocina, se han realizado 2 auditorias pero no se evidencia mejoras en la planta fisica					10%	ATRASADO

PROCESO	TALENTO_HUMANO			SUBPROCESO	TALENTO HUMANO				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		48%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
Necesidades de la Oficina Institucional de Elaboración de Documentos		MEJORA1	Documentar y socializar el proceso de solicitud de Permisos	Socializa el Documento SI / NO	NO	SI	0%		50%	Se evidencia que el proceso esta en etapa de documentación, Talento Humano cuenta con el Formato THU-00-F03 SOLICITUD DE PERMISOS O COMPENSATORIOS sin embargo falta documentar el procedimiento permisos					50%	EN DESARROLLO
			Documentar y socializar el Informe de Ausentismo Laboral trimestralmente	Socializa el Documento SI / NO	NO	SI	0%		50%	Durante la visita de seguimiento se evidencian dos informes correspondientes al primer y segundo trimestre					50%	EN DESARROLLO
			Solicitar al Comité MEC/Calidad la aprobación y publicación de los documentos en la IP3 Carpeta calidad	Solicita Aprobación SI / NO	NO	SI	0%		93%	Se evidencian 14 documentos controlados de los cuales 13 están con fecha vigente y 1 debe ser actualizado.					93%	COMPLETO
			Socializar los Documentos Prioritario con los líderes de Proceso y el Personal de Talento Humano de la Institución.	Socializa el Documento SI / NO	NO	SI	0%		0%						0%	NO INICIADO
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.		ESTANDAR_103_OP RTUNIDAD MEJORA2	Enviar a los Líderes de Procesos el Formato virtual para identificación de Necesidades de capacitación del servicio.	Diseña Formato Virtual SI / NO	NO	SI	0%		100%	Se evidencia que la Lider de TH envió los Formatos en Físico a los líderes de Proceso.					100%	COMPLETO
			Consolidar la información en un informe y proyectar cronograma de plan de capacitación vigencia 2018	Publica Cronograma de Capacitaciones si/no	NO	SI	0%		100%	Se Cronograma de Capacitaciones					100%	COMPLETO
			Socializar el Plan de capacitaciones Con el comité de Bienestar Social y la Gerencia.	Socializa Plan de Capacitaciones con Líderes y Coordinadores si/no	NO	SI	0%		100%						100%	COMPLETO
Actualizar e implementar el Manual de inducción y reintucción		ESTANDAR_105_OP RTUNIDAD MEJORA1	Ajustar y Documentar el Manual de Inducción y Re inducción	Documenta Manual SI / No	NO	SI	0%		90%	Se evidencia THU-00-M01 MANUAL DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN con fecha de aprobación 02/28/2018. Pendiente realizar Ajustes al Documento.					90%	COMPLETO
			Socializar el Manual y los Formatos de Inducción y Reinducción	Socializa Manual SI / No	NO	SI	0%		0%						0%	NO INICIADO
Estandarizar y documentar la elaboración, presentación y liquidación de los cuadros de turno y las novedades presentadas, descansos, etc.		ESTANDAR_105_OP RTUNIDAD MEJORA3	Realizar reunión de Líderes 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	0%		90%	Se evidencia avanza significativo en el proceso al digitalizar el formato cuadro de turnos. El cuadro esta en etapa de prueba					90%	COMPLETO
			Actualizar el Formato de Cuadro de Turnos					0%		100%					100%	COMPLETO

PROCESO	TALENTO_HUMANO			SUBPROCESO	TALENTO HUMANO				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO	
	Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		48%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
C. 181. ESTANDARES ACREDITACION			Documentar el Proceso de Presentación y Liquidación del los Cuadros de Turnos				0%		50%	El Formato esta en etapa de prueba. Pendiente Documentar el Procedimiento					50%	EN DESARROLLO
		ESTANDAR_106_OP RTUNIDAD 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	0%		0%						0%	NO INICIADO
		ESTANDAR_107_OP RTUNIDAD MEJORA1	Implementar el Uso Exclusivo del Correo Institucional a los Lideres de Proceso.	Solicita Correo Institucional	30%	100%	0%		85%	Se evidencia que los correos institucionales colapsaron. Por lo que es preciso que cada lider de proceso registre un correo de gmail para el proceso que lidera. Pendiente actualizar lista de correos					85%	EN DESARROLLO
		ESTANDAR_108_OP RTUNIDAD 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	0%		0%						0%	NO INICIADO
		ESTANDAR_108_OP RTUNIDAD MEJORA2	Proyectar Oficio a la Junta directiva para determinar prioridades de capacitación.	Proyecta Oficio a la Junta Directiva. SI / NO	NO	SI	0%		0%						0%	NO INICIADO
		ESTANDAR_108_OP RTUNIDAD MEJORA2	Capacitar a la Junta directiva en la Temas priorizados en Oficio de las Necesidades	Realiza Capacitación. SI / NO	NO	SI	0%		0%						0%	NO INICIADO
	ESTANDAR_108_OP RTUNIDAD MEJORA2	Capacitar a la Junta directiva en la Plataforma Estratégica Institucional	Realiza Capacitación. SI / NO	NO	SI	0%		0%						0%	NO INICIADO	
	ESTANDAR_109_OP RTUNIDAD MEJORA3	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.	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 Personal Carrera Administrativa de la ESE * 100	0%	100%	0%		0%	La Evaluación de Desempeño están proyectadas para entregar el 15-08-2018 y 15-02-2019.					0%	NO INICIADO
		Realizar el Respectivo Informe de la Evaluación y Socializar con el Comité de Comisión de Personal	Realiza Informe Anual SI / NO	NO	SI	0%		0%							0%	NO INICIADO
	ESTANDAR_110_OP RTUNIDAD MEJORA2	Revisar y ajustar con los lideres de proceso, atención al usuario, imagen corporativa el manual de imagen corporativa donde se especifiquen los pasos o fases del proceso de atención, y establecer su implementación.	Proyectar oficio a la Gerencia Solicitando Personal para el Proceso de Imagen Corporativa	Proyecta Oficio de Necesidades al Gerente SI / NO	NO	SI	0%		100%	Se designo a la Profesional Angie Cáceres					100%	COMPLETO

PROCESO	TALENTO_HUMANO			SUBPROCESO	TALENTO HUMANO				VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		48%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
C.181_ESTANDARES_AREDITACION	Establecer estrategias para el manejo entre colaboradores en el Trato humano cálido, cortés y respetuoso.	ESTANDAR_113_OP RTUNIDAD 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%	0%		80%	Se evidencia Resolución gerencial con la política de humanización, hay una referente del programa de humanización, se tiene programada para la Primera semana de Agosto 2018					80%	EN DESARROLLO
			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%	0%		80%	Se evidencia Resolución gerencial con la política de humanización, hay una referente del programa de humanización, se tiene programada para la Primera semana de Agosto 2018						80%
	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 definen en Bienestar Social	ESTANDAR_113_OP RTUNIDAD MEJORA2	Promover y ejecutar las actividades deportivas para los Colaboradores de la ESE como lo Son el Torneo de Fútbol, Torneo Tejo, Torneo Voleibol	Numero de Torneos / 3 Torneos Programados * 100	0%	66%	0%		34%	Se evidencia que la institución tiene programado 3 torneos, al momento de la verificación se evidencia que se realiza el torneo el Mundialito de futbol de salón					34%	ATRASADO
			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	0%		80%	Se evidencia que se realizo 3 Jornadas de celebración e fechas especiales el día de la secretaria, día de la Enfermera y el día del Bacteriólogo. LA demás actividades están programadas para el según do semestre 2018						80%
	Incluir en el programa de bienestar la preparación para la jubilación y el retiro laboral del personal del hospital.	ESTANDAR_113_OP RTUNIDAD 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	0%		50%	Se evidencia acompañamiento pre pensional a las Funcionarias Elvira Carrillo y Stella Sepúlveda, Incluye asesoría psicológica y homenaje de despedida					50%	EN DESARROLLO
			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	0%		100%	Desde el Área de Imagen corporativa se realiza un homenaje a los pensionados, dando reconocimiento a través de un video que se publica en redes sociales institucionales resaltando el compromiso y dedicación de los pensionados						100%
			ESTANDAR_114_OP RTUNIDAD MEJORA1	Diseñar, implementar y evaluar un instrumento para la detección de necesidades y expectativas del cliente interno	Diseña y Aplica el Instrumento Aprobado por Calidad SI / NO	NO	SI	0%		100%					100%	COMPLETO
			Realizar Inventario Documental el Proceso Talento Humano para verificar documentos aprobados en la IP3 Carpeta Calidad	Realiza Inventario de Documentos SI / NO	NO	SI	0%		100%	El listado de documentos esta en la carpeta calidad					100%	COMPLETO

PROCESO	TALENTO_HUMANO			SUBPROCESO	TALENTO HUMANO				VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		48%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
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_OP RTUNIDAD MEJORA1	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	0%		80%	Se evidencia que el cuadro de turno digital esta en etapa de prueba					80%	EN DESARROLLO
			Documentar, Actualizar y Aprobar los Documentos Prioritarios del Proceso Talento Humano	Número de Documentos Aprobados / Total de Documentos Documentados 2018 * 100	0%	80%	0%									0%
C_181_RIESGOS	Recursos perdidos por el cobro no oportuno de incapacidades a las EPS	# REFI	Socializar al personal sobre la presentacion oportuna de la incapacidad y reportar el cobro	Lideres Capacitados/Total Lideres	0	80%	0%		0%						0%	NO INICIADO

PROCESO	PLANEACION			SUBPROCESO	PLANEACIÓN				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO		
Plataforma Estratégica				MEDICION				seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		54%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
OBJETIVOS_INSTITUCIONALES	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	OBJETIVO 6	Crear comité de Gestión y Desempeño	Resolución (SI/NO)	NO	SI	100%	Se creo y aprobó comité de desarrollo institucional Mediante RESOLUCIÓN No 07-A de Enero de 2018							100%	COMPLETO	
	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%	18%	Se han realizado los autodiagnosticos de: *Gestión del Talento Humano *Plan anticorrupcion *Gestion documental	38%	Se han realizado los autodiagnosticos de: *Integridad *Control Interno *Rendicion de Cuentas *Servicio al Ciudadano *Tramites					56%	EN DESARROLLO	
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	OBJETIVO 6	Realizar evaluación correspondiente al Plan de Desarrollo Institucional	Plan Evaluado (SI/NO)	NO	SI	30%	Se evidencia evaluación de Plan de Desarrollo correspondiente a la vigencia 2017 *Se encuentra en proceso de Ajuste de metas para vigencias 2018,2019 de Acuerdo a Factores presentados	20%	Se realizó ajuste al plan operativo del plan de desarrollo teniendo en cuenta ajustes normativos y capacidad operativa de la institución					50%	EN DESARROLLO	
	Mantener actualizados los sistemas de información.	OBJETIVO 7	Elaboración de plan Anticorrupción y de atención al usuario.	Documento (SI/NO)	SI	SI	100%	Se elaboró y publicó plan anticorrupción y de atención al ciudadano de Acuerdo a los tiempos establecidos por la normatividad vigente	0%						100%	COMPLETO	
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	OBJETIVO 6	Actualizar la documentación del proceso	Documentos Actualizados/total Documentos	40%	80%	0%	NO se ha iniciado en el primer trimestre	0%						0%	NO INICIADO	
	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE	OBJETIVO 8	Realizar 2 capacitaciones al año	Capacitaciones realizadas/Total Capacitaciones	50%	100%	0%	NO se ha iniciado en el primer trimestre	0%						0%	NO INICIADO	
C_021_PLAN_DE_DESARROLLO	Adquisición de tecnología de punta para el mejoramiento en la prestación 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	50%	Se elaboró y presentó a la Unidad Administrativa especial de Salud de Arauca un proyecto de inversion para la adquisicion de Equipos por valor de cuatro mil millones de Pesos	20%	Se Reilzaron 3 estudios de Conveniencia y oportunidad para la adquisicion de equipos biomedicos con recursos propios					70%	EN DESARROLLO	
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	50%	Se elaboró documento pero no se ha presentado a Calidad para aprobación	0%						50%	EN DESARROLLO	
			*capacitar a los lideres del proceso en cada una de las Dependencias.	Lideres Capacitados/ Total Lideres	60%	100%	71%	Se evidencia documentación de Capacitación en evaluación de Planes de Acción al 71 % de los responsables de los procesos	0%						71%	EN DESARROLLO	
	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%	25%	Se evidencia envío de solicitud correspondiente al primer trimestre del año 11/04/2018)	0%						25%	ATRASADO	

PROCESO	PLANEACION			SUBPROCESO	PLANEACIÓN				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO	
	Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		54%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
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_OPR TUNIDAD MEJORA1	Actualizar el Código de Buen Gobierno ajustado a los criterios del estándar.	Actualiza el Documento SI / NO	NO	SI	0%	reimiento en cuenta que el hospital del Sarare se encuentra en proceso de Elaboración del MIPG y este contiene las políticas operacionales de la institución no se ha podido	25%	El código de buen gobierno institucional se va a justar de acuerdo a la implementación de MIPG el cual se encuentra en fase de documentación MIPG					25%	ATRASADO
			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%	0%		0%							0%
C_021_ESTANDARES ACREDITACION	Articular el programa de seguridad del paciente con el mapa de riesgo institucional.	ESTANDAR_5_OPR TUNIDAD MEJORA6	Realizar Calificación, Evaluación y Seguimiento de los Riesgos para determinar la Magnitud de los mismos	(Numero de Seguidimientos / 3 Seguidimientos Programados) * 100	0%	100%	25%	Se realizaron los mapas de riesgo de los procesos , determinando Calificación y magnitud de los mismos y generando acciones para su mitigación	25%	Se evidencian Seguidimientos realizados por parte de planeación al mapa de riesgos. El ultimo seguimiento esta con fecha de MAYO/2018 en la ruta \\192.168.1.3\CarpetaCalidad\2. PLANEACIÓN\9. Registros\seguidimientos Mapa de Riesgos 2018					50%	EN DESARROLLO
			Articular las Acciones Priorizadas con el Mapa de Riesgo y definir acciones para minimizarlos	Prioriza Acciones de Mejora SI / NO	NO	SI	100%	Se evidencian las acciones priorizada y el seguimiento realizado en la ruta \\192.168.1.3\CarpetaCalidad\2. PLANEACIÓN\9. Registros\seguidimientos Mapa de Riesgos 2018							100%	COMPLETO
	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPR TUNIDAD MEJORA1	Estandarizar el Reporte generado por el Software Institucional para generar la plantilla de Reporte de Indicadores	Diseña Plantilla Institucional de Reporte Indicadores SI / NO	NO	SI	0%		60%	Se evidencia Plantilla para generar reportes de dinámica, pendiente definir por acción gerencial los reportes generados por sistemas y responsables de la captura del dato para estandarizar y documentar el proceso					60%	EN DESARROLLO
	Definir los tiempos de espera en servicios Apoyo Diagnóstico y Patología.	ESTANDAR_13_OPR TUNIDAD MEJORA2	Definir mecanismos de entrega de Resultados y responsable	Define Mecanismos de entrega de resultados SI/NO	NO	SI	100%	En la Vigencia 2017 se habia implementado un correo electrónico para enviar reportes de laboratorio. Como estrategia se implemento en el SIAU el proceso de entrega de Patologias y estudios de imágenes diagnosticos por medio del correo electrónico. Se evidencia documento SIC-01-P07 PROCEDIMIENTO ENTREGA RESULTADOS 2018 versión 0 con fecha de aprobación 28/02/2018 en la siguiente ruta \\192.168.1.3\CarpetaCalidad\17. SERVICIO AL CLIENTE\01. SIAU\2. Procedimientos							100%	COMPLETO

PROCESO	AREA_COMERCIAL_DE_SERVICIO			SUBPROCESO	CARTERA				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		61%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
C_151_PLAN_DE_DESARROLLO	Riesgo fiscal y financiero	PROGRAMA_7	Depurar la cartera con el fin de establecer información real.	Cartera (SINO) Depurada	SI	SI	65%	<p>Periodicamente el area de Cartera realiza diferentes circularizaciones con el fin de establecer una cartera real de la Institución, para ello se cumplieron con las siguientes Actividades:</p> <p>*solicitudes de depuracion de cartera, Circularizacion de cartera según lo establecido en la 6066 de 2016.</p> <p>*Si se obtiene un resultado positivo en la circularización se procede a realizar conciliaciones y acuerdos de Pago.</p> <p>*Para las respuestas Negativas en la circularización se Procede a realizar circularizacion de Cartera Morosa Mayor a 180 dias.</p> <p>*Posteriormente se realizan Cobros Prejudicicos, Cobros Persuasivos, Cobros Coactivos.</p> <p>*Tambien se realizan las Conciliaciones ante la Supersalud y Posteriormente las Demandas ante el mismo Organismo de Control.</p>	0%						65%	EN DESARROLLO
OBJETIVOS_INSTITUCIONALES	Garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.	OBJETIVO 1	Lograr una meta de recaudo superior o igual a Tres Mil millones Mensual	Valor Recaudado/Meta Recaudado		1	25%	En el primer trimestre del año el area de Cartera ha mantenido un recaudo superior a los tres mil millones de pesos mensual.	25%	En el Segundo trimestre se evidencia recaudo superior a la meta					50%	EN DESARROLLO
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	OBJETIVO 6	Actualizar y presentar al comité de Calidad los Documentos correspondientes al proceso	Documentos actualizados/ Documentos Total	0	0,6	40%	Se tienen los manuales de Cartera, Facturación y cuentas medicas. El manual de Contratación se encuentra en elaboración. Pendiente la entrega para aprobación por el area de Calidad	0%						40%	EN DESARROLLO
	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 capacitación anual por cada persona perteneciente al área)	Capacitaciones Realizadas/total Capacitaciones	0	1	50%	Se realizó capacitación al area de Cartera en los siguientes temas: *Estrategias de Gestión de Recaudado	0%						50%	EN DESARROLLO
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_OPR TUNIDAD 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	0%	NO se ha finalizado el proceso de Contratación con las EAPB. Se espera el cumplimiento en el siguiente trimestre	100%	Se evidencia acta de socialización de metas de PYP					100%	COMPLETO

PROCESO	SALUD_LABORAL			SUBPROCESO	HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL				VIGENCIA			2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION			seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		53%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATEGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
C_201_ESTANDARES_AREDITACION	Evaluación y análisis de los puestos de trabajo	ESTANDAR_103_OP RTUNIDAD MEJORA3	Realiza Evaluación de Puestos de Trabajo	Aplica Evaluación SI / NO	NO	SI	0%		25%	La Actividad se Reprograma para el mes de Agosto					25%	ATRASADO	
			Socializa resultados de Evaluación de puestos e trabajo	Socializa Resultados SI / NO	NO	SI	0%			0%						0%	NO INICIADO
	Actualización del SG-SST, bajo el decreto 1443 de 2014 y Decreto 1072 de 2015.	ESTANDAR_113_OP RTUNIDAD MEJORA4	Socializar el SG-SST al personal de la ESE por medio de capacitaciones periódicas	Numero de Capacitaciones	0	2	15%	Se realiza periodicamente en las inducciones	25%	Se realiza periodicamente en las inducciones						40%	EN DESARROLLO
			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_OP RTUNIDAD 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	50%	Se Capacitaron a los brigadistas de Emergencia y se le dio funcionalidad a los mismos. Asignado actividades de capacitación dirigida a los clientes externos, las cuales se desarrollaran a partir del segundo trimestre	50%	Se evidencia fortalecimiento del comité de emergencias, se evidencia actas de reunión y capacitación de brigadas. Se evidencia programación para el tercer trimestre del simulacro de emergencias para atención de multitud de lesionados					
	Socializar el plan de emergencias y desastres internos y externos	Socializa el Plan de Emergencias SI / NO			NO	SI	30%	Se está desarrollando por servicios, se ha trabajado con personal de enfermería	50%	Se evidencia fortalecimiento del comité de emergencias, se evidencia actas de reunión y capacitación de brigadas.						80%	EN DESARROLLO
	Realizar Ajustes y Actualización de Panorama de Riesgos enfocado a la Prevención del Riesgo.	ESTANDAR_119_OP RTUNIDAD MEJORA2	Realizar Actualización de los panoramas de Riesgos en las todas las sedes de la institución.	Actualiza Panorama de Riesgos SI / NO	NO	SI	18%	De 28 panoramas se han actualizado 5	32%	Se evidencia que el proceso esta en fase de actualización						50%	EN DESARROLLO
			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	0%			40%	Se realiza socialización en el servicio intervenido, sin embargo no hay evidencia. Pendiente la Evidencia						40%
	Realización de los simulacros en la institución.	ESTANDAR_119_OP RTUNIDAD 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	50%	Se tiene programado para realizar en el segundo trimestre	50%	Se evidencia Contrato en carpeta Jurídica						100%	COMPLETO
			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	50%	Se tiene programado para realizar en el segundo trimestre	40%	Se programa participación activa de la sede UNAP con vinculación del cuerpo medico asistencial						90%	COMPLETO
	Continuar con el proceso que garantice el manejo seguro del ambiente físico incluyendo estrategia de acuerdo a los criterios del estándar	ESTANDAR_120_OP RTUNIDAD 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.	Realiza Informe Anual SI / NO	NO	SI	0%	Se tiene programado para realizar en el segundo trimestre	0%							0%	NO INICIADO
Numero de Asistentes Capacitaciones Gestión Ambiental y Cultura Ecológica / Total de Colaboradores ESE * 100				0%	70%	0%	La actividad no se ha iniciado, debido a que se encuentra pendiente la actualización de la política Ambiental.	100%	se evidencia Política Actualizada conforme la estipula la NTC-ISO 14001						100%	COMPLETO	

PROCESO	SALUD_LABORAL			SUBPROCESO	HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL				VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION			seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		53%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
C_201_ESTANDARES_AREDITACION	Continuar con el proceso que garantice el manejo seguro del ambiente físico incluyendo estrategia de acuerdo a los criterios del estándar	ESTANDAR_120_OP RTUNIDAD 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	5%		95%	Los documentos actualizados estan en la W192.168.1.3(CarpetasCald act20. SALUD LABORAL HSE					100%	COMPLETO
			Socializar la Política de Gestión Ambiental	Socializa la Política SI/ NO	NO	SI	0%	La actividad no se ha iniciado, debido a que se encuentra pendiente la actualización de la política Ambiental	80%	Se evidencia acta de reunion de comité Ambiental, tambien se socializa en el proceso de induccion. Pendiente Publicacion en pagina institucional					80%	EN DESARROLLO
			Fortalecer la cultura de cuidado al medio ambiente con personal institucional donde este incluya 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	40%	Como resultado del primer comité ambiental Se plantea: "El desarrollo de un proyecto Ambiental para la recuperación de la ronda hidrica del caño de la pava, mediante la siembra de arboles por parte de los funcionarios y su familia. "Tambien se tiene proyectada la instalación de puntos ecologicos de vidrio y plastico, para fomentar la clasificación y reciclaje. Como Estrategia inicial se capacitará a los lideres de proceso, los cuales a su vez lo socializaran con todo el personal. Se instalará la señalización correspondiente con recordatorios y se masificará la estrategia mediante la difusión en medios electronicos y programas radiales							40%	EN DESARROLLO
	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_OP RTUNIDAD MEJORA1	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	40%	Estrategias: PGRSH, Programa de ahorro de agua, energia (inspecciones por los servicios y educacion simultanea: se realizan rondas para detectar fugas de agua en todos los servicios. Numero de fugas detectadas, y reparadas, bajo el formato HSE-03-F28 Enero : 15, Febrero:9, Marzo:1) y pgrsh: (se han realizado 6 inspecciones durante el primer trimestre, dos/mes en cada servicio, bajo el formato HSE-03-F18	40%	Se evidencia Letreros informativos dando recomendaciones de como disponer residuos en los servicios. Se aprobó estrategia para clasificar residuos plásticos. Pendiente establecer estrategias de ahorro de Luz y Agua					80%	EN DESARROLLO
			Identificar, evaluar y mejorar continuamente el uso racional de los Recursos Ambientales (Con programas de uso eficiente de energia).	Implementa Programa SI/ NO	NO	SI	40%	Se tiene el programa ambiental, las visitas de inspección a los servicios de ahorro de anergia, en todos los servicios con el formato HSE-03-F28 , y los recordatorios en los computadores, cambio de luminarias convencionales por Led. (cuantas se han cambiado durante el primer trimestre)	20%	Se encuentra en proceso de documentación los programas de Uso eficiente del papel y Uso eficiente de Servicios publicos					60%	EN DESARROLLO

PROCESO	SALUD_LABORAL			SUBPROCESO	HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL				VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO		
Plataforma Estratégica				MEDICION			seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		53%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
			Capacitar a los usuarios en el manejo del reciclaje en el Hospital.	Numero de Capacitaciones Realizadas	0	3	25%	Se realiza capacitacion por los servicios de manera personalizada, se inicia para el segundo semestre, la implementacion de los puntos de recoleccion de reciclaje, Plastico y vidrio.							25%	ATRASADO	
	Continuar con el proceso en donde se realice de manera organizada evaluaciones concierntes 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_OP RTUNIDAD 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	36%	Se realiza la inspeccion quincenal a 28 servicios, con la correccion de hallazgos. Se realizan en FORMATO HSE-03-F18	14%	Se evidencian Rondas Documentadas de inspeccion					50%	EN DESARROLLO	
			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	25%	Se presentó el informe en el primer comité ambiental realizado el 06 de abril de 2018.	25%	Se evidencian informes trimestrales de los servicios mas productores de residuos son: URGENCIAS M. INTERNA CIRUGÍA				50%	EN DESARROLLO		
	Capacitación, entrenamiento en a la disposición y segregación de los residuos al como mínimo al 80% del personal de la institución.	ESTANDAR_122_OP RTUNIDAD 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%	36%	Se realiza mediante la inspeccion de los servicios	25%	Se evidencia capacitaciones en rondas. Sin embargo no tiene cuantificada a cuantas personas se a realizado capacitación. Pendiente realizar Medición Institucional				61%	EN DESARROLLO		
C_201_ESTANDARES_AREDITACION	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_OP RTUNIDAD 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	33%	Se tiene programada reunion de comité de emergencias para la Realizacion del simulacro	67%	Se evidencia documento HSE-02-R02 PLAN DE EMERGENCIA E.S.E HOSPITAL DEL SARARE 2017 versión 04 con fecha de aprobación vigente 11/04/2017					100%	COMPLETO	
	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_OP RTUNIDAD MEJORA1	Realizar Seguimiento al plan de mejora de la evaluación de los simulacros realizados por la institución.	Numero de Socializaciones Realizadas	0	1	0%		0%						0%	NO INICIADO	
			Socializar la funcionalidad del área azul en caso de emergencias y desastres a los usuarios.	Numero de Socializaciones Realizadas	0	3	36%	Se encuentra inmerso dentro del plan de atencion de multitudes lesionados el cual ya se socializó en su mayoria, pendientes el area de facturación quirofano y personal nuevo de la institucion	64%	Se evidencia capacitaciones en Comité de emergencia					100%	COMPLETO	
	Realizar ajustes a la Señalización y sitios de encuentro que faciliten la ubicación.	ESTANDAR_125_OP RTUNIDAD 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		No se contaba en el primer trimestre con un funcionario en imagen corporativa que apoyara y diseñara la actividad, se espera su ejecucion en el segundo trimestre.	50%	Se realizo solicitud a la gerencia presupuesto para la señalización del plan de emergencias							
			Incluir en la Señalización la Sede UNAP y la Sede B INCORA	Proyecta Oficio de Necesidad a la Gerencia SI / NO	NO	SI	0%	No se contaba en el primer trimestre con un funcionario en imagen corporativa que apoyara y diseñara la actividad, se espera su ejecucion en el segundo trimestre.	50%	No se ha integrado la sede B					50%	EN DESARROLLO	
			Actualizar y Socializar la politica de no fumador en la ESE	Actualiza la Política SI / NO	NO	SI	0%		0%					0%	NO INICIADO		

PROCESO	SALUD_LABORAL			SUBPROCESO	HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL				VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION			seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		53%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
	Formular una política de no fumador que aplique tanto a los usuarios como a los colaboradores de la institución.	ESTANDAR_126_OPORTUNIDAD_MEJORA1	Socializar la política de no fumador en campañas pedagógicas con ayuda de los Estudiantes de los institutos y en Jornadas de Capacitación con Líderes y Coordinadores	Numero de Jornadas de Sensibilización	0	3	0%		0%						0%	NO INICIADO
			Ajustar la señalización del hospital incluyendo señales de no fumador en todas las salas de espera y áreas donde concurren 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	0%	No se contaba en el primer trimestre con un funcionario en imagen corporativa que apoyara y diseñara la actividad, se espera su ejecución en el segundo trimestre.	0%						0%	NO INICIADO
OBJETIVOS INSTITUCIONALES	Generar una cultura humanizada en la prestación de Servicios de Salud, soportada en la ética y compromiso del talento humano	OBJETIVO 3	Implementación y ejecución del Programa de Riesgo Psicosocial	No de casos detectados y en seguimiento en alteraciones de salud mental en las consultorias/No total de consultorias realizadas *100	0	40%	10%	Se han realizado algunas atenciones individuales al personal de enfermería con la profesional Pasante en la especialidad de Psicología clínica	0%						10%	ATRASADO
	Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE	OBJETIVO 8	Realizar 2 capacitaciones al año	Capacitaciones realizadas/Total Capacitaciones	33%	70%	100%	Se evidencia capacitaciones al personal del área							100%	COMPLETO

PROCESO	AREA_COMERCIAL_DE_SERVICIO			SUBPROCESO	FACTURACIÓN				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO	
	Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		52%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
C_152_ESTANDARES-ACREDITACION	Ajustar, socializar y Evaluar el PROCEDIMIENTO ATENCIÓN AL USUARIO del Hospital del Sarare ESE.	ESTANDAR_1_OPR TUNIDAD MEJORAZ	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%	30%	Se estableció la ruta para la oportuna interpretación y atención de los usuarios junto con el proceso de Siau. Se estima que para el tercer trimestre del año sea aprobado	30%	Se realizó capacitación en humanización de la atención al 100% del personal del area					60%	EN DESARROLLO
C_152_RIESGOS	Retraso en el desarrollo de las actividades del proceso por equipos obsoletos	R_22	Solicitar disponibilidad de equipos de computo e impresoras y escaner para cualquier eventualidad	Equipos Solicitados (SI/NO)	NO	SI	50%	Se fortaleció el area adquiriendo equipos de tecnologia de punta como Computadores, escaner impresoras Laser . En la presente vigencia se han generado problemas en la comunicación de los datos derivados de la insuficiencia en la red, que afectan el proceso de facturación y atención al usuario	0%						50%	EN DESARROLLO
	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%	50%	Se capacito a la totalidad de personal de Facturación en liquidación de cargas. Se tiene programada capacitación en atención y cobro de Soat	50%	se realiza capaciotación en no post, en actualizaciones de inclusion y exclusion de medicamentos					100%	COMPLETO
			Actualizar documentación de procesos y procedimientos y socializarlo	Documentos Actualizados/Total Documentación		60%	0%		0%						0%	NO INICIADO
			Seguimiento y verificación estadística mensual de facturas anuladas	total facturas registradas/total facturas anuladas	95%	100%	25%	Se realiza verificación , retroalimentación con los facturadores a la totalidad de las facturas mal generadas.	25%	Se realiza verificación , retroalimentación con los facturadores a la totalidad de las facturas mal generadas.				50%	EN DESARROLLO	

PROCESO	ALMACEN			SUBPROCESO	ALMACÉN				VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		42%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
OBJETIVOS INSTITUCIONALES	Garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.	OBJETIVO 1	Realizar semestralmente inventario de activos.	inventario realizado/inventarios programados	0%	100%	0%	Se proyecta inicio de inventario de activos fijos a partir del 01 de Abril	50%	Se evidencia inventario de activos fijos a partir del 01 de Abril, actualizando inventario físico, sistema y realización de cambio de placas					50%	EN DESARROLLO
	Garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.	OBJETIVO 1	Realizar trimestralmente inventarios de los elementos de consumo y medicamentos	inventario realizado/inventarios programados	50%	100%	10%	Según comité de gestión y desempeño institucional se proyecta para la vigencia 2018 la realización de inventarios de manera cuatrimestral por tanto se proyecta su inicio en el mes de Abril	40%	Se realizó inventario en el mes de Abril Según comité de gestión y desempeño institucional el próximo se proyectó para el mes de octubre					50%	EN DESARROLLO
	Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	OBJETIVO 6	Actualizar el manual de Propiedad Planta y equipo.	Documento Actualizado (SI/NO)	NO	SI	0%	no se ha realizado actualización	25%	Se encuentra en proceso de Actualización					25%	ATRASADO
	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	Actividades ejecutadas/Actividades planeadas	30%	90%	25%	Según comité de Inventarios se proyecta para la vigencia 2018 la realización de inventarios de manera cuatrimestral. *Se cuenta con evidencia de realización de desnaturalización de medicamentos y dispositivos médicos de Diciembre de 2017. (pendiente baja por sistema). *Se cuenta con evidencia de realización de baja de activos de Diciembre de 2017 y 2018. (pendiente baja por sistem).	25%	Se realizó bajas de insumos y elementos de consumo, como también de activos fijos, en el mes de junio. Las Actas reposan en la oficina de almacén. Carpeta de bajas					50%	EN DESARROLLO
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).				25%	Se evidencian dos reuniones de comité de compras que corresponden a la programación de compras del primer trimestre	25%	Se evidencia reunión de compras en el mes de mayo, donde se trataron las compras requeridas para el trimestre					50%	EN DESARROLLO
			Definir stock mínimo de inventario en el sistema	Productos registrados/total productos	10%	70%	40%		60%	Se encuentran parametrizados en la ficha del producto					100%	COMPLETO
	Pérdida de insumos y activos en la Institución.	R_19	Implementar sistema de Camaras de Seguridad para la vigilancia y control de los Insumos	Implementación (SI/NO)	NO	SI	0%	No se ha realizado instalación	0%						0%	NO INICIADO
			Implementar sistema de codificación mediante código de barras	Implementación (SI/NO)	NO	SI	30%	Se actualizaron las fichas de los productos de consumo y se encuentra en proceso la codificación de los Activos	20%	Se actualizaron las fichas de los productos de consumo y se encuentra en proceso la codificación de los Activos y bienes de consumo					50%	EN DESARROLLO
			Capacitación por áreas sobre el manejo y responsabilidad de bienes públicos.	Líderes capacitados/total Líderes	0	100%	0%		7%	Se evidencia una capacitación en Nueva reglamentación de las empresas sin ánimo de lucro				7%	ATRASADO	

PROCESO	SERVICIO_AL_CLIENTE			SUBPROCESO	TRABAJO SOCIAL				VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION			seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		88%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
C_172_ESTANDARES_AREDITACION	Capacitar al del Talento Humano de la ESE en la atención según CEX-05-P06 - PROCEDIMIENTO VIOLENCIA INTRAFAMILIAR y SIC-02-T01 Atención Víctimas Violencia Sexual al personal Asistencial.	ESTANDAR_43_OPR TUNIDAD 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 Víctimas Violencia Sexual al personal de Asistencial.	(Numero de Asistentes a Socialización / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	80%	5%	En el primer trimestre se ha capacitado al personal que ingresa a la institución, a través del procedimiento de inducción, del cual la evidencia reposa en la oficina de Trabajo social.	95%	Se evidencia que la ESE realiza capacitación a 420 trabajadores certificados por el Area de Calidad.					100%	COMPLETO
			Certificar el personal que realiza la capacitación de Atención Víctimas Violencia .	(Numero de Asistentes a Certificados / Total Asistentes a Capacitación) * 100	0%	100%	0%	No se evidencia Certificación	95%	Se evidencia que la ESE realiza capacitación a 420 trabajadores certificados por el Area de Calidad.					95%	COMPLETO
	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_OPR TUNIDAD 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	70%	Se tiene designado el consultorio N4 del Servicio de Urgencias Para Prestar atención a víctimas de Violencia Sexual y Violencia Basadas en genero , El cual cuenta con los elementos necesarios para la atención (Kit de Código Gris). Pendiente elaborar flujograma de Ruta interna de Atención a VICTIMAS.							70%	EN DESARROLLO

PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN			SUBPROCESO	GESTIÓN TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN					VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION			seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		59%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
C_161_ESTANDARES_AREDITACION	Actualizar la Pagina Web de la Institución y las Redes Sociales	ESTANDAR_14_OPR TUNIDAD MEJORA2	Actualizar y Dinamizar la Pagina Web de la Institución y las Redes Sociales	Actualiza la pagina Web SI / NO	NO	SI	25%	No se cuenta con personal de Apoyo para el desarrollo de la Actividad. Se espera para el segundo trimestre su vinculación	75%	Se evidencia Actualizacion de la Pagina. Ultima Actualizacion 27/06/2018 con publicacion de la convocatoria de Revisor fiscal					100%	COMPLETO	
			Definir Actualizaciones Periódicas de la pagina web institucional	Documenta Actualización de la pagina SI / NO	NO	SI	50%	Se debe Actualizar de acuerdo a cambios en la normatividad vigente	50%							100%	COMPLETO
	Ajustar la parametrización en la historia clinica 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 Pública de Arauca (HUMANIZACIÓN UAESA)	ESTANDAR_29_OPR TUNIDAD 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 Plantillas SI / NO	NO	SI	100%	Se diseñaron las plantillas de acuerdo a las observaciones realizadas en la auditoría previa								100%	COMPLETO
			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	80%	Se realizó entrega y socialización de la plantilla al personal responsable de su utilización	0%							80%	EN DESARROLLO
	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_OPR TUNIDAD MEJORA1	Actualizar la Documentación del Proceso GESTIÓN TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN	Numero de Documentos Actualizados / Total de Documentos del Servicio * 100	0%	80%	40%	No se cuenta con toda la documentación actualizada. Se cuenta con manual de Seguridad de la información, pero no se ha presentado para aprobación y socialización	0%							40%	EN DESARROLLO
			Socializar los Documentos Actualizados	Numero de Socializaciones Realizadas	0	3	0%		0%							0%	NO INICIADO
			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	50%	Se cuenta con la política, pendiente su aprobación y socialización	0%							50%	EN DESARROLLO
			Socializar la Política de Manejo de la Información en la Institución en reunión de Líderes de Proceso	Socializa la Política SI / NO	NO	SI	0%	Se cuenta con la política, pendiente su aprobación y socialización	0%							0%	NO INICIADO
	Diseñar un proceso que permita planear la gerencia de la información	ESTANDAR_141_OPR TUNIDAD 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	40%	Se tiene documentado pero no se ha presentado para aprobación	0%							40%	EN DESARROLLO
			Socializar el Plan Gerencial de la Información Institucional	Socializa el Plan SI / NO	NO	SI	0%		0%							0%	NO INICIADO
Diseñar e Implementar un Mecanismo de Monitoreo de control y evaluación del desempeño de los indicadores organizacionales.	ESTANDAR 141_OPR TUNIDAD MEJORA2	Documentar el procedimiento de Reporte, monitoreo y análisis de los Indicadores Institucionales.	Documenta Procedimiento SI / No	NO	SI	0%		0%							0%	NO INICIADO	
		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	0%		100%	Se evidencia Plantillas de Indicadores de Calidad y Produccion con seguimiento del primer semestre 2018							100%	COMPLETO

PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN			SUBPROCESO	GESTIÓN TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN					VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
	Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1			seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		59%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
	Fortalecer las acciones que se vienen realizando los procesos que garantizan la seguridad de la información en la institución.	ESTANDAR_144_OP RTUNIDAD 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	40%	Se encuentra inmerso dentro del plan de Gerencia de la Información. No se ha presentado ni aprobado	0%						40%	EN DESARROLLO	
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_OP RTUNIDAD 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	70%	El proceso de Inducción se realiza acorde a los requerimientos de información de cada cargo. Falta reinducción al personal antiguo.	30%						100%	COMPLETO	
			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	0%	No se encuentra documentado, a pesar de que se realiza periódicamente	0%						0%	NO INICIADO	
	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_OP RTUNIDAD MEJORA1	Ajustar las Plantillas de PYP según Recomendaciones de la Normatividad Vigente	Documenta Manual Si / No	NO	SI	100%	Se diseñaron las plantillas de acuerdo a las observaciones realizadas en la auditoria previa							100%	COMPLETO	
	Garantizar que las Historias Clínicas Digitales estén firmadas electrónicamente por el usuario responsable del diligenciamiento.	ESTANDAR_148_OP RTUNIDAD 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	70%	Pendiente actualización del Documento	30%						100%	COMPLETO	
	Diseñar Un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización.	ESTANDAR_149_OP RTUNIDAD MEJORA1	Diseñar Plan de Contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización.	Documenta Plan Si / No	NO	SI	50%	Se tiene documentado pero no se ha presentado para aprobación	0%						50%	EN DESARROLLO	
			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	0%	No se ha socializado	0%						0%	NO INICIADO	
	Documentar el procesos Sistemas de Información y comunicación orientados a desplegar información a clientes internos y externos.	ESTANDAR_152_OP RTUNIDAD 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	50%	A partir del mes de Febrero se asigno un funcionario para la administración de las redes sociales.	50%	Se evidencia uso de redes sociales						100%	COMPLETO
			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	60%	Se tiene definidas las estrategias de comunicación que incluyen medios de comunicación e información tales como: Pagina WEB, Redes Sociales(Facebook, twitter) Radio Electronico Correo institucional Skype empresarial. Se debe fortalecer el uso adecuado de los diferentes medios	40%						100%	COMPLETO	

PROCESO	GESTION_DE LA INFORMACIÓN			SUBPROCESO	GESTIÓN TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION			seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		59%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
			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%	80%	Los lideres y cordinadores cuentan con su respectivo correo electronico	20%	se da el cumplimiento a la Accion de mejoramiento. Sin embargo esta accion debiera ser ajustada debido a que fueron suprimidos los correos institucionales por colapso la base de almacenamiento del servicio					100%	COMPLETO

PROCESO	GESTION DE SEGURIDAD RECURSOS FÍSICOS			SUBPROCESO	MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO		
	Plataforma Estratégica				MEDICION				seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		64%
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
C_191_ESTANDARES_ACREREDITACION	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 Patología	ESTANDAR_18_OPR TUNIDAD MEJORA1	Actualizar, Socializar y Evaluar el manual Aprobado por Calidad de Tecnovigilancia siguiendo las recomendaciones de la Guía de elaboración de Documentos	(Numero de Personas Evaluadas durante el año / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	70%	18%	Envío del manual a calidad, Pendiente por revision del area de calidad.	62%	Se evidencia documento SEI-03-R04 PROGRAMA INSTITUCIONAL DE TECNOSVIGILANCIA versión 01 con fecha de aprobación 28/02/2018 en la siguiente ruta \\192.168.1.3\CarpetaCalidad\21. SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL\03. Seguridad del Paciente\12. Programas Institucionales Pendiente incluir recomendaciones de la Asistencia técnica UAESA.					80%	EN DESARROLLO	
	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_OP RTUNIDAD 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	100%	Se evidencia Plan de mantenimiento vigencia 2018, documento publicado en la siguiente ruta \\192.168.1.3\CarpetaCalidad\19. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y RECURSOS FÍSICOS\1. Mantenimiento Infraestructura\9 Registros							100%	COMPLETO	
			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	100%	Soporte disponible en la capeta mantenimiento biomedico 2018: disco D: / carpeta mantenimiento biomedico 2018\plan de mantenimiento biomedico.							100%	COMPLETO	
			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	0%	Se evidencia estudio de calibración y estudio Mantenimiento especializado. Solicitando la contratación de los servicios especializados.	100%							100%	COMPLETO
	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_OP RTUNIDAD 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	0%	Pendiente por realizar	25%	El Lider de Proceso refiere que la ronda se realizo el Jueves 05/07/2018 en compañía del Gerente y el área de calidad. Donde se priorizan las actividades mas criticas para ajustar antes de la visita de verificación. Pendiente Informe de Auditoria por área de						25%	ATRASADO
			Realizar seguimiento a que en los planes de construcción y remodelación que efectué la institución,	Actualiza el Plan SI / NO	NO	SI	30%	Soprtre disponible en la carpeta de mantenimiento: Disco D, documentos U.F, mantenimiento, documentos mant y trans 2018, supervision de contratos.	0%							30%	ATRASADO
			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	0%	Pendiente por realizar	0%							0%	NO INICIADO

PROCESO	GESTION DE SEGURIDAD RECURSOS FÍSICOS			SUBPROCESO	MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA				VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
	Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		64%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACION	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
Diseñar e implementar de un proceso de planeación de la gestión y la evaluación de la tecnología.	ESTANDAR 130_OP RTUNIDAD 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	25%	Las evidencias reposan en la carpeta mantenimiento biomedico. Disco D:manual y programa institucional/ tecnovigilancia/evidencias tecnovigilancia.	35%	Se evidencia capacitación en el formato de Inducción con nombre, firma y fecha de capacitación en TV. Se evidencia planillas en las jornadas de capacitación del 26 al 29 de junio con la participación del personal asistencial y administrativo de la ESE.						60%	EN DESARROLLO
		Actualizar el Manual de del programa de Tecnovigilancia	Realiza Visitas de Inspección SI / NO	NO	SI	25%	Envio del manual a calidad, Pendiente por revision del area de calidad.	55%	Se evidencia documento SEI-03-R04 PROGRAMA INSTITUCIONAL DE TECNOVIGILANCIA versión 01 con fecha de aprobación 28/02/2018 en la siguiente ruta \\192.168.1.3\CarpetaCalidad\21. SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL\03. Seguridad del Paciente\1.2. Programas Institucionales Pendiente incluir recomendaciones de la Asistencia técnica UAESA					80%	EN DESARROLLO	
		Fortalecer el proceso de inducción, reintroducción y entrenamiento frente al uso adecuado de la tecnología	Fortalece Proceso Inducción SI/ NO	NO	SI	50%	Soporte disponible en la carpeta tecnovigilancia, disco D: / manual y programa institucional / tecnovigilancia / evidencias del programa.								50%	EN DESARROLLO
	Actualizar los Documentos del Servicio (Guías, Protocolos, Manuales, Procedimientos y Formatos)	Numero de Documentos Actualizados / Total de Documentos del Servicio * 100	0%	80%	10%	En proceso	90%	Se Evidencian 35 documentos controlados (100%) por el SIG de los Cuales 32 (91%) están actualizados en 2017 y 3 (9%) están actualizados en el 2018. Por políticas institucionales los documentos prioritarios de los servicios requieren actualización cada 3 años o cuando el proceso sea ajustado.							100%	COMPLETO

PROCESO	GESTION DE SEGURIDAD RECURSOS FÍSICOS			SUBPROCESO	MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO			
	Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		64%	EN DESARROLLO		
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO		
C_191_ESTANDARES_AREDITACION	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 articulada con el proceso de inducción y re inducción y entrenamiento.	ESTANDAR_132_OP RTUNIDAD MEJORA1	Documentar y Ajustar el Manual de Uso seguro de las Tecnologías Existentes para la Institución	Actualiza el Manual SI / NO	NO	SI	25%	Actividad en proceso manuales terminados: se evidencia en la carpeta de calidad (banco de sangre laboratorio, odontología.) cuidado intermedio se encuentra en calidad pendiente por aprobación y los demás en proceso de elaboración en el área de mantenimiento biomédico.	25%	GDA-01-M05 - MANEJO Y SEGURIDAD DE LAS TECNOLOGÍAS EXISTENTES SERVICIO UCIM ADX-02-M013 MANUAL DE MANEJO Y SEGURIDAD DE LAS TECNOLOGÍAS EXISTENTES EN EL LABORATORIO CLÍNICO ADX-01-M08 - MANUAL DE MANEJO Y SEGURIDAD DE LAS TECNOLOGÍAS EXISTENTES ADX-02-M013 MANUAL DE MANEJO Y SEGURIDAD DE LAS TECNOLOGÍAS EXISTENTES EN EL LABORATORIO CLÍNICO ADX-03-M04 - MANUAL DE MANEJO Y SEGURIDAD DE LAS TECNOLOGÍAS EXISTENTES CEX-02-T03 PROTOCOLO DE MANEJO Y SEGURIDAD					50%	EN DESARROLLO		
			Socializar el Manual de Uso seguro de las Tecnologías Existentes para la Institución	Socializa el Manual SI / NO	NO	SI	25%	Pendiente socializar manual de cuidado crítico después de ser aprobado por calidad.								25%	ATRASADO	
			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 realizadas de Reporte de EA	0	5	20%	Soporte disponible en la carpeta tecnovigilancia, disco D: / manual y programa institucional / tecnovigilancia / evidencias del programa.	30%	Se evidencian dos Capacitaciones de TV donde se realiza gestión de Reportes de Eventos Adversos. En la Capacitación de Junio se evidencia socialización de casos clínicos para que los asistentes realicen identificación y clasificación del reporte							50%	EN DESARROLLO
			Actualizar el Inventario de Equipos Médicos de la ESE y los Clasifica según el Riesgo	Actualiza Inventario de Equipos SI / NO	NO	SI	100%	Soporte disponible en la carpeta mantenimiento biomédico 2018: disco D: / carpeta mantenimiento biomédico 2018/inventario equipo biomédico 2018.									100%	COMPLETO
			Actualizar e implementar el Proceso de Mantenimiento de Equipos Biomédicos de la Institución.	Actualiza el Proceso SI / NO	NO	SI	100%	Soporte disponible en la carpeta calidad / gestión de seguridad y físicos / mantenimiento e infraestructura / manuales / manual de mantenimiento preventivo y correctivo equipos biomédicos.									100%	COMPLETO

PROCESO	GESTION DE SEGURIDAD RECURSOS FÍSICOS			SUBPROCESO	MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA				VIGENCIA				2018				CUMPLIMIENTO	
	Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		64%	EN DESARROLLO		
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO		
	Documentar en un proceso estandarizado de acuerdo a los criterios para el mantenimiento interno	ESTANDAR 134_OP RTUNIDAD MEJORA1	Documentar y Socializar el Plan Anual de Mantenimiento con los Lideres de Proceso.	Socializa el Proceso SI / NO	NO	SI	50%	Soporte disponible en la carpeta mantenimiento biomedico 2018: disco D: / carpeta mantenimiento biomedico 2018 / socializacion plan y conograma del plan de mantenimiento. Pendiente Socializacion	50%	Se evidencia asociación del plan de Mantenimiento en reunión de lideres y publicación en carpeta calidad					100%	COMPLETO		
			Verificar el Cumplimiento del Plan Anual de Mantenimiento	Numero de Mantenimientos realizados / Total de Mantenimientos Programados * 100	0	80%	24%	Evidencias en las carpetas hojas de vida equipos biomedicos (medio fisico)	26%	Se evidencia relación con el cronograma de mantenimiento y los mantenimientos realizados hasta el mes de junio 2018					50%	EN DESARROLLO		
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	25%	Sopрте disponible en la carpeta de mantenimiento: Disco D, documentos U.F, mantenimiento/ documentos mant y trans 2018/ estudios de oportunidad y conveniencia.	25%	Sopрте disponible en la carpeta de mantenimiento: Disco D, documentos U.F, mantenimiento/ documentos mant y trans 2018/ estudios de oportunidad y conveniencia.					50%	EN DESARROLLO		
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	25%	Esta actividad se ve reflajada en los estudios de oportunidad y conveniencia y costos.	25%	Se han realizado en el primer semestre contratos por valor de 250.808.065 (MC118,MC 163, MC177, MC178, HS 023					50%	EN DESARROLLO		
C_191_RIESGOS	Insuficiencia del suministro de energía de calidad y de forma continua	R_34	Apoyar la Instalación de la Planta electrica que fue aprobada mediante proyecto en la vigencia 2017		NO	SI	25%		25%	Se realizó estudio para la contruscción de la infraestructura fisica donde se instalará la planta electrica					50%	EN DESARROLLO		

PROCESO	GESTION_DE LA INFORMACIÓN			SUBPROCESO	GESTIÓN DOCUMENTAL				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		80%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
		R_29	Aprobación de Plan Institucional de Archivo	Documento APROBADO(SI/NO)	NO	SI	80%	pendiente aprobación y socialización, una vez se apruebe el PGD, toda vez; que se elaboren los dos programas específicos que aun faltan; por lo cual se evidencia mediante Acta Nro. 001 de fecha abril 19 /18..	0%	Se encuentra elaborado y manejando algunos aspectos criterios pero aun no se encuentra aprobado, una vez se apruebe el PGD, toda vez; que me acepten Reunión de comite de archivo, el cual se tiene programado realizar en el mes de julio. En este trimestre solo se ha realizado una reunión . Acta Nro. 001 de fecha abril 19 /18..					80%	EN DESARROLLO

PROCESO	APOYO_DIAGNOSTICO_TERAPEUTICO			SUBPROCESO	BANCO DE SANGRE				VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION			seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		83%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
C_081_ESTANDARES_AREDITACION	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,	ESTANDAR_18_OPR TUNIDAD 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%	70%	Se realizó socialización del programa con bacteriologos y jefes de enfermeria.Pendiente Medicos. La evidencia de Capacitación reposa en el archivo del Banco de Sangre.	25%	Se evidencian planillas de Asistencia a Socialización del Programa de Hemovigilancia el 26 al 29 de Junio 2018 con participación de 293 asistentes a la Jornada de Socialización					95%	COMPLETO
	Documentar Telemedicina Documentar los documentos Prioritarios del servicio de cardiologia, urologia, Ecografias, y Patologias		Documentar, Socializar y Evaluar el manual Aprobado por Calidad de Transfusión Sanguinea 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%	70%	Se realizó socialización de la guia transfusional con bacteriologos y jefes de enfermeria.Pendiente Medicos. La evidencia de Capacitación reposa en el archivo del Banco de Sangre.	0%						70%	EN DESARROLLO

PROCESO	SERVICIO_AL_CLIENTE			SUBPROCESO	SIAU				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO		
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		38%	EN DESARROLLO		
ENLACE ESTRATEGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACION	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
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	0%		100%	Se hace Ajuste del Responsable de la Ejecución (Jesús Adrián Puerta), se designa a Ludi Gómez como Referente de SIAU. Los Documentos del Servicio están actualizados y se encuentran en la siguiente ruta. \\192.168.1.3\CarpetaCali dad\17. SERVICIO AL CLIENTE\01. SIAU					100%	COMPLETO	
			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%	0%		80%	Se hace Ajuste del Responsable de la Ejecución (Yuly Marcela Tabares), se designa a Ludi Gómez como Referente de SIAU. PENDIENTE SOPORTAR ACTAS DE REUNION					80%	EN DESARROLLO	
	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_OPR TUNIDAD 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	0%		0%						0%	NO INICIADO	
			Socializar el Proceso en Reunión de Lideres	Socializa a lideres el Proceso SI / NO	NO	SI	0%		0%							0%	NO INICIADO
			Socializar el Proceso en los medios de comunicación y redes sociales establecidos	Socializa el proceso en Emisora SI / NO	NO	SI	0%		0%							0%	NO INICIADO
	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_OPR TUNIDAD MEJORA1	Ajustar el proceso de asignación de citas, integrar todas las sedes y servicios de la ESE.	Actualiza el Documento SI / NO	NO	SI	0%		50%	Se Evidencia documento SIC-01-P04 PROCEDIMIENTO ASIGNACIÓN DE CITAS CONSULTA EXTERNA MEDICINA ESPECIALIZADA 2018 en la siguiente ruta \\192.168.1.3\CarpetaCali dad\17. SERVICIO AL CLIENTE\01. SIAU\2. Procedimientos. Pendiente articular asignación de citas consulta ambulatoria sede UNAP					50%	EN DESARROLLO	
			Socializar el proceso de asignación de citas en todas las sedes de la ESE	Socializa el Documento SI / NO	NO	SI	0%		50%	Se hace Ajuste del Responsable de la Ejecución (Yuly Marcela Tabares), se designa a Ludi Gómez como Referente de SIAU. Pendiente la socialización de la sede UNAP					50%	EN DESARROLLO	

PROCESO	SERVICIO_AL_CLIENTE			SUBPROCESO	SIAU				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		38%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPR TUNIDAD 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%	0%		50%	Se hace Ajuste del Responsable de la Ejecución (Yuly Marcela Tabares), se designa a Ludí Gómez como Referente de SIAU. Se Evidencia informe de Satisfacción del Usuario					50%	EN DESARROLLO
	Desenñar 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_OPR TUNIDAD MEJORA1	Entregar información al Usuario en el departamento SIAU sobre los servicios no cubiertos	Entrega Información al Usuario SI / NO	NO	SI	0%		50%	Se hace Ajuste del Responsable de la Ejecución (Yuly Marcela Tabares), se designa a Ludí Gómez como Referente de SIAU. Como Estrategia se implemento los volantes informativos "Conoce mas de Nosotros y Garantiza un Mejor Servicio" que contempla Deber y derechos, Clasificación del Triage, Servicios Ofertados y las Sedes del Hospital del Sarare ESE, como se solicita citas y los números de Contacto					50%	EN DESARROLLO
			Garantizar que la información sea difundida por los medios masivos de comunicación (Pagina Web, Facebook, Twitter, Emisoras locales, y sistemas audiovisuales institucionales)	Difunde masivamente información a los usuarios SI / NO	NO	SI	0%		0%						0%	NO INICIADO
	Actualizar la Pagina Web de la Institución y las Redes Sociales	ESTANDAR_14_OPR TUNIDAD MEJORA2	Dar a conocer la plataforma SUIT a los Usuarios a través de las redes sociales	Entrega Información al Usuario SI / NO	NO	SI	0%		0%						0%	NO INICIADO
	Realizar medición del procedimiento de entrega de resultados de laboratorio clínico a través de medios electrónicos.	ESTANDAR_27_OPR TUNIDAD MEJORA3	Medir mensualmente la Proporción de exámenes entregados vía electrónica	Incremento del 20% sobre la medición de la vigencia anterior	0%	20%	0%		0%						0%	NO INICIADO

PROCESO	SERVICIO_AL_CLIENTE			SUBPROCESO	SIAU				VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		38%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATEGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACION	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
C_171_ESTANDARES_AREDITACION	Fortalecer el Proceso de Atención del Cliente para fortalecer las necesidades	ESTANDAR_88_OPR TUNIDAD MEJORA2	Actualizar y Ajustar el proceso de Atención al Usuario	Documenta el proceso SI / NO	NO	SI	0%		100%	Se hace Ajuste del Responsable de la Ejecución (Yuly Marcela Tabares), se designa a Ludi Gómez como Referente de SIAU. Se evidencia actualización del Documento SIC-01-P02 PROCEDIMIENTO ATENCIÓN AL USUARIO 2018 versión 03 con fecha de actualización 12/06/2018 en la siguiente ruta W\92.168.1.3\CarpetaCalidad\17. SERVICIO AL CLIENTE\01. SIAU\2. Procedimientos					100%	COMPLETO
			Documentar la metodología para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes	Documenta el proceso SI / NO	NO	SI	0%		50%	Se hace Ajuste del Responsable de la Ejecución (Yuly Marcela Tabares), se designa a Ludi Gómez como Referente de SIAU. Se evidencia Gestión de Necesidades y Expectativas de los usuarios a través de las Encuestas de Satisfacción.					50%	EN DESARROLLO
	Retroalimentación y Socialización a los líderes 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.	ESTANDAR_47_OPR TUNIDAD MEJORA1	Retroalimentación al personal del servicio involucrado el informe mensual de PQRS y Socialización a los líderes 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	0%		50%	Se hace Ajuste del Responsable de la Ejecución (Jesús Adrián Puerta), se designa a Ludi Gómez como Referente de SIAU. Se evidencia que la Gestión de PQRS en la Empresa, se evidencia SIC-01-P01 PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PQRS, donde establece las directrices para gestionar PQRS. Pendiente Informe PQRS				50%	EN DESARROLLO	
	Seguir fortaleciendo los mecanismos de control para el cumplimiento de los tiempos de respuesta de las quejas.	ESTANDAR_47_OPR TUNIDAD MEJORA2	Documentar el Indicador de Cumplimiento de Control de PQRS	Documenta el Indicador SI / NO	NO	SI	0%		50%	Se hace Ajuste del Responsable de la Ejecución (Jesús Adrián Puerta), se designa a Ludi Gómez como Referente de SIAU. Se evidencia Indicador de Resolución 0256 reportados de manera oportuna				50%	EN DESARROLLO	

PROCESO	SERVICIO_AL_CLIENTE			SUBPROCESO	SIAU				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO			
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		38%	EN DESARROLLO			
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO		
			Realizar Seguimiento y Gestión al Indicador	Total de Actas de Socialización mensuales / 12 actas programadas * 100	0%	75%	0%		50%	Se hace Ajuste del Responsable de la Ejecución (Jesús Adrián Puerta), se designa a Ludí Gómez como Referente de SIAU.					50%	EN DESARROLLO		
C_171_RIESGOS	No se pueda brindar solución oportuna y satisfactoria de las PQRS instauradas por los usuarios	R_31	Socialización de procedimiento para respuesta de PQRS	Numero de socializaciones/Numero de lideres	0	100%	0%		0%						0%	NO INICIADO		
			Publicación y socialización de Derechos y Deberes de los Usuarios (3 socializaciones al año)	socializaciones realizadas/socializaciones programadas	0	100%	0%			10%	Se encuentra en proceso de Actualización los derechos y deberes de los pacientes						10%	ATRASADO
			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%	0%			0%							0%	NO INICIADO
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	100%	Se implementó call center con funcionario permanente de lunes a viernes de 6:00 a 11:30 y 1:30 a 4:00 pm							100%	COMPLETO		

PROCESO	FARMACIA			SUBPROCESO	FARMACIA				VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		69%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATEGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACION	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
C_111_ESTANDARES_AREDITACION	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%	0%	No se ha realizado Procedimiento de atención al Usuario. Pendiente reunion con lider del proceso del SIAU	100%	Se evidencia Capacitación a los funcionarios de Farmacia el 22 de mayo con asistencia de 13 asistentes (100%).					100%	COMPLETO
	Definir el Tablero de Indicadores de la institución.	ESTANDAR_13_OPR TUNIDAD 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%	25%	Se tienen definidos los Siguientes Indicadores: *Eventos de Farmacovigilancia *Errores en la dispensación *Oxígeno Facturado	25%	Se Define que para el Servicio de se va a realizar Gestión a los Indicadores de Farmacovigilancia. Se evidencia Reportes ante el INVIMA. Sin embargo no se esta realizando medición y análisis de los Indicadores					50%	EN DESARROLLO
	Actualizar los Documentos Prioritarios del Servicio y publicarlos en la Intranet siguiendo las recomendaciones de SIS-03-G01 - GUIA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS V6	ESTANDAR_18_OPR TUNIDAD MEJORA1	Actualizar, Socializar y Evaluar el manual Aprobado por Calidad de Farmacovigilancia siguiendo las recomendaciones de la Guía de elaboración de Documentos	(Numero de Personas Evaluadas durante el año / Total de Personal ESE 2018) * 100	0%	70%	50%	Se realiza foro de farmacovigilancia y se aplica evaluación de adherencia al manual de farmacovigilancia, tambien se envió a la secretaria de salud para su revision	50%	Se evidencia el SEI-03-R02 PROGRAMA INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA versión 2 con fecha de aprobación 12-06-2018 en la ruta SEI-03-R02 PROGRAMA INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA					100%	COMPLETO
	Incluir Actualización, Aprobación, Socialización y Evaluación de el Programa de FV, RV, TV, HV, Documentar Telemedicina		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%	5%	Se evidencia capacitacion de 23 Personas (formato de Capacitación/Farmacia)	40%	Se evidencia Acta de Reunión para la socialización del programa de Farmacovigilancia con fecha 27-06-2018 con asistencia de 68 personas					45%	EN DESARROLLO
	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_OPR TUNIDAD MEJORA1	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	50%	La política de uso racional de antibióticos esta documentada, sin embargo falta acto administrativo de aprobación POLÍTICA LA E.S.E HOSPITAL DEL SARARE: Utiliza de manera prudente, racional y correcta, los medicamentos y en especial los antimicrobianos, generando beneficios clínicos, disminución de la toxicidad, reducción de la incidencia y la propagación de infecciones nosocomiales, mejor impacto sobre la resistencia antimicrobiana y el mejoramiento de las decisiones terapéuticas en relación al suministro de medicamentos.							50%	EN DESARROLLO
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).					25%	Se evidencian dos reuniones de comité de compras que corresponden a la programación de compras del primer trimestre	25%	Se evidencia reunión de compras en el mes de mayo, donde se trataron las compras requeridas para el trimestre					50%	EN DESARROLLO

PROCESO	FARMACIA			SUBPROCESO	FARMACIA				VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		69%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
C_111_RIESGOS			Definir stock minimo de inventario en el sistema	Productos registrados/total productos	75%	100%	80%		20%	Se encuentran parametrizados en la ficha del producto					100%	COMPLETO
			Implementar sistema de Camaras de Seguridad para la vigilancia y control de los Insumos	Implementación (Si/NO)	NO	SI	100%	Se implementaron 3 camaras de Seguridad en la Bodega de Medicamentos, Medicoquirurgico y la farmacia de Hospitalizacion							100%	COMPLETO
	Perdida de insumos y activos en la Institucion.	R_19	Implementar sistema de codificacion mediante codigo de barras	Implementación (Si/NO)	NO	SI	0%		30%	Se actualizaron las fichas de los productos de consumo y se encuentra en proceso la codificacion de los bienes de consumo					30%	ATRASADO
			Registrar en el sistema las cantidades de los inventarios fisicos parciales o totales realizados.	Inventarios Registrados/total Inventario realizados	0	100%	33%	Se registraron los inventarios correspondientes al primer trimestre	33%	Se registraron los inventarios correspondientes al primer trimestre					66%	EN DESARROLLO

PROCESO	CIRUGÍA			SUBPROCESO	CIRUGÍA PROGRAMADA				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		33%	ATRASADO	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
C_071_ESTANDARES_ACREDITACION	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPR TUNIDAD 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%	25%	Se tienen definidos los siguientes indicadores del proceso *Oportunidad en Programación quirúrgica *Cancelación de Cirugías *Producción de Procedimientos quirúrgicos. *Producción de Procedimientos diagnósticos. *Complicaciones Anestésicas, post-anestésicas y post-quirúrgicas Se miden con frecuencia mensual. No se han presentado informe de indicadores al área de Calidad y Subgerencia Científica. Se estima que para el siguiente trimestre se inicie la presentación de estos informes.	20%	Se tienen definidos los siguientes indicadores del proceso *Oportunidad en Programación quirúrgica *Cancelación de Cirugías *Producción de Procedimientos quirúrgicos. *Producción de Procedimientos diagnósticos. *Complicaciones Anestésicas, post-anestésicas y post-quirúrgicas Se miden con frecuencia mensual. No se han presentado informe de indicadores al área de Calidad y Subgerencia Científica. Se estima que para el siguiente trimestre se inicie la presentación de estos informes.					45%	EN DESARROLLO
			Documentar el Proceso de Patologías	Documenta las Actividades SI / NO	NO	SI	100%	Se evidencia procedimiento de Manejo, Conservación y entrega de muestras. (Carpeta Calidad/cirugiaprogramada/procedimientos/CIX-01-P03							100%	COMPLETO
	Definir los tiempos de espera en servicios Apoyo Diagnóstico y Patología.	ESTANDAR_13_OPR TUNIDAD MEJORA2	Documentar los Tiempos de Espera en el Manual de Toma y Remisión de muestras Patológicas	Documenta las Actividades SI / NO	NO	SI	40%	Se definió cuadro de registro de muestras con el fin de medir los tiempos de envío de muestras, recibido de resultados por parte de patología y envío de resultados al paciente. Se encuentra en proceso de modificación el cuadro, debido a que deb ser integrado por el Área de Cirugía y el área del SIAU							40%	EN DESARROLLO
	Ajustar el proceso en entrega de muestras patológicas a los usuarios.	ESTANDAR_36_OPR TUNIDAD MEJORA2	Documentar e Implementar el Proceso de Entrega de Muestras Patológicas	Documenta el proceso SI / NO	NO	SI	100%	Se evidencia procedimiento de Manejo, Conservación y entrega de muestras. (Carpeta Calidad/cirugiaprogramada/procedimientos/CIX-01-P03							100%	COMPLETO
		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	10%	Se tiene definido formato para medir indicador de Aceptación o Rechazo de Patologías. No se ha Presentado al área de Calidad.							10%	ATRASADO	

PROCESO	CIRUGIA			SUBPROCESO	CIRUGÍA PROGRAMADA					VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1			seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		33%	ATRASADO	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
	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_OPR TUNIDAD MEJORA3	Realizar Gestión mensual del Indicador de Aceptación o Rechazo de Patologías.	Realiza Gestión mensual del Indicador SI / NO	NO	SI	0%	No Se ha empezado a medir el indicador	0%	No Se ha empezado a medir el indicador					0%	NO INICIADO	
			Evaluar trimestralmente el proceso de Esterilización y almacenamiento de Material Estéril	Evaluaciones realizadas/ Evaluaciones Programadas	NO	SI	0%	No se ha realizado informe de Seguimiento	0%						0%	NO INICIADO	
			Realizar Seguimiento trimestral a Plantillas de Rehuso de Dispositivos medicos	Evaluaciones realizadas/ Evaluaciones Programadas	NO	SI	0%	No se ha realizado informe de Seguimiento	0%						0%	NO INICIADO	
			Realizar Seguimiento trimestral al proceso de desinfección de alto nivel para dispositivos medicos de Rehuso	Evaluaciones realizadas/ Evaluaciones Programadas	NO	SI	0%	No se ha realizado informe de Seguimiento	0%						0%	NO INICIADO	

PROCESO	INTERNACION			SUBPROCESO	MEDICION					VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO		
Plataforma Estratégica									seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		53%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO		
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_OPR TUNIDAD MEJORAI	Documentar las Actividades que debe implementar el comité de investigaciones	Documenta las Actividades SI / NO	NO	SI	0%	No se encuentra comité de investigación	100%	Se evidencia documento SEI-02-M02 MANUAL DE DOCENCIA SERVICIO versión 0 con fecha de aprobación 12/06/2018. Reglamentar las prácticas formativas realizadas en el Hospital del Sarare ESE realizando actividades y competencias requeridas para valorar, planear, identificar y evaluar el cuidado del individuo, familia y comunidad en el contexto del modelo biosociedad por parte de los estudiantes en formación, a partir de la comprensión del proceso salud-enfermedad. ubicado en la siguiente ruta \\192.168.1.3\CarpetaCalidad\21. SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL\02. Gestión de la Calidad\4. Manuales					100%	COMPLETO			
		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	0%	No se encuentra comité de investigación	50%	Durante la Vigencia 2018 no se han radicado solicitudes ante el comité Docencia Asistencial. Sin embargo se tiene conocimiento de funcionarios de la ESE que están realizando estudios superiores y van a realizar procesos de investigación. Pendiente Articular las investigaciones con el comité					50%	EN DESARROLLO			
		implementar Consentimientos informados para el procedimiento	Diseña e Implementa Consentimientos Informados SI / NO	NO	SI	0%	No se encuentra comité de investigación	100%	Se evidencia documento SEI-02-F03 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN Versión 0 ubicado en la siguiente dirección \\192.168.1.3\CarpetaCalidad\21. SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL\02. Gestión de la Calidad\6. Formatos					100%	COMPLETO			

PROCESO	INTERNACION			SUBPROCESO	MEDICION				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO	
	Plataforma Estratégica				MEDICION				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	TOTAL	ESTADO
C_052_ESTANDARES_AREDITACION	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPR TUNIDAD 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%	40%	Se definieron algunos indicadores de los servicios de internación diferentes a los normativos, pero no se han presentado para su aprobación. Sin embargo se ha realizado su respectivo analisis y planes de mejoramiento. Los planes de mejoramiento no han tenido un resultado favorable debido a disponibilidad de los recursos (Talento humano, Infraestructura, dotacion de equipos)	0%						40%	EN DESARROLLO
	Documentar el proceso de admisión de usuarios en los servicios de la institución teniendo en cuenta todo lo 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_OPR TUNIDAD 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	25%	Se evidencia documento MANUAL ADMISIÓN DE PACIENTES AL HOSPITAL DEL SARARE, el documento no esta aprobado, esta en proceso de documentación. Se recomienda articular el documento con SIAU y Facturación.	0%						25%	ATRASADO
	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_OPR TUNIDAD 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	0%	Se evidencia documento de procedimiento de apoyo y duelo, el documento no esta aprobado, esta en proceso de documentación. Se recomienda articular el documento con SIAU y Facturación.	25%						25%	ATRASADO
				Evaluó el Documento SI / NO	NO	SI	0%	No esta Documentado	0%					0%	NO INICIADO	
	Actualizar y ajustar los Planes de Cuidado de Enfermería de la institución con enfoque de manejo integral e interdisciplinario enfocado a la seguridad del Paciente.	ESTANDAR_40_OPR TUNIDAD 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%	50%	Se tienen actualizados los planes de cuidado de enfermería. Se encuentra pendiente presentar al area de calidad y planeacion	50%						100%	COMPLETO
	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_OPR TUNIDAD MEJORA1	Documentar los Criterios de Remisión de usuarios a SERVICIOS DE INTERNACIÓN según los criterios del Estándar	Documenta los Criterios SI / NO	NO	SI	0%								0%	NO INICIADO

PROCESO	INTERNACION			SUBPROCESO					VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica					MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		53%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
C_052_ESTANDARES_AREDITACION	Realiza la Actualización y publicación en la intranet corporativa (IP3 CarpetaCalidad) de los Documentos Prioritarios del Proceso Talento Humano de la ESE	ESTANDAR_117_OPORTUNIDAD 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	30%	Se encuentra en proceso de documentación	70%	Se evidencia documento SEI-02-M02 MANUAL DE DOCENCIA SERVICIO versión 0 con fecha de aprobación 12/06/2018. Reglamentar las prácticas formativas realizadas en el Hospital del Sarare ESE realizando actividades y competencias requeridas para valorar, planear, identificar y evaluar el cuidado del individuo, familia y comunidad en el contexto del modelo biosociedad por parte de los estudiantes en formación, a partir de la comprensión del proceso salud-enfermedad. ubicado en la siguiente ruta \\192.168.1.3\CarpetaCalidad\21_SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL\02. Gestión de la Calidad\4. Manuales					100%	COMPLETO
			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	50%	Se evidencian 2 actas de reunión comité docente asistencial con la participación de CEDECSPRO y ESEDCO, donde se establecieron las condiciones de las practicas y los requisitos que deben cumplir los pasantes antes de ingresar a la institución.								50%
		R_5	Realizar actividades de humanización en el servicio para mejorar la atención prestada	Actividades realizadas/Actividades propuestas	SI	SI	35%	Se han realizado charlas educativas y talleres por parte del personal asistencial de los servicios de Internación	20%	Se Realizaron actividades ludicas dirigidas a los pacientes con el fin de mejorar la integridad de la atención. Para lo cual se evidencia registro fotografico y asistencias					55%	EN DESARROLLO

PROCESO	INTERNACION			SUBPROCESO	MEDICION					VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO			
Plataforma Estratégica					MEDICION					seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		53%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO			
C_053_RIESGOS	Lesiones o daños a los pacientes en los servicios de Internación	R_5	Establecer incentivos para los trabajadores, aumentando los estímulos, empoderamiento y sentido de pertenencia institucional	Incentivos establecidos(SI/NO)	NO	SI	5%	Se realizó certificado de Reconocimiento por el compromiso y liderazgo a los coordinadores de los servicios. Se tiene proyectado el reconocimiento a los trabajadores por su desempeño laboral y sentido de pertenencia con la institución, conforme se tenga el apoyo de la dirección	60%	Se ha realizado incentivos a través de capacitaciones e integraciones en los diferentes servicios, con el fin de fortalecer el trabajo en equipo en cada uno de los funcionarios, así mismo se realiza conmemoración de fechas especiales. Lo anterior se evidencia en documento "Informe general de actividades realizadas", que reposa en la oficina de coordinación de enfermería					65%	EN DESARROLLO			
		R_5	Realizar medición y seguimiento a protocolos y guías institucionales	Documentos medidos/total Documentos	75%	100%	13%	Por disponibilidad de tiempo y falta de apoyo de Talento Humano, solo se realizaron cuatro de los ocho grupos programados para el trimestre	57%	Se evidencia medición y seguimiento a Protocolo de entrega y recibo de turno, control de líquidos, traslado de pacientes y carro de paro. Se ha realizado evaluaciones en general al personal con el fin de medir y reforzar conocimientos.					70%	EN DESARROLLO			
	AUMENTO DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	R_6	Solicitar apoyo al proceso de auditoria concurrente en cuanto al seguimiento aguias médicas y revisión de historias clínicas	Historias clínicas revisadas/total Historias Clínicas				9%	Se realiza ronda diaria en acompañamiento con personal medico especialista, con el fin de identificar estancias prolongadas o uso inadecuado de Camas. Se revisa pertinencia. Se determinan los pacientes sujetos a atención domiciliaria, Estancia por falta de Medicamentos o remision. Se revisa censo de enfermería de pacientes para intervenir el riesgo de estancia Hospitalaria. (pacientes con mayor estancia) Por disponibilidad de tiempo se están revisando en promedio el 30% de las historias	9%	Se realiza ronda diaria en acompañamiento con personal medico especialista, con el fin de identificar estancias prolongadas o uso inadecuado de Camas. Se revisa pertinencia. Se determinan los pacientes sujetos a atención domiciliaria, Estancia por falta de Medicamentos o remision. Se revisa censo de enfermería de pacientes para intervenir el riesgo de estancia Hospitalaria. (pacientes con mayor estancia) Por disponibilidad de tiempo se están revisando en promedio el 30% de las historias					18%	ATRASADO		
	Aumentar la satisfacción del usuario y mejorar su calidad de vida.	OBJETIVO 2	Socializar en los diferentes pabellones los resultados de las encuestas de satisfacción de usuarios que realiza el SIAU. (registro de asistencia institucional)	numero de colaboradores asistentes/ total de colaboradores por pabellon	50%	80%	0%	No se ha iniciado la actividad debido a que el SIAU no ha socializado el resultado de la encuesta	0%	No se ha iniciado la actividad debido a que el SIAU no ha socializado el resultado de la encuesta					0%	NO INICIADO			

PROCESO	INTERNACION			SUBPROCESO					VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		53%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
OBJETIVOS INSTITUCIONALES	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 ocurren cada mes en Cada pabellon	Numero de eventos adversos analizados en conjunto/ Numero de eventos adversos presentados	50%	80%	25%	Se realiza analisis en reunion de comité Seguridad del paciente	25%	Se realiza analisis en reunion de comité Seguridad del paciente					50%	EN DESARROLLO
			Aplicar lista de chequeo a la adherencia a los protocolos mas frecuente en Cada Pabellon	% de aplicación de lista de chequeo de los protocolos seleccionados / Total de los protocolos propuestos (4)	75%	100%	40%	Se realizó lista de chequeo de recibo y entrega de turno,registro de Signos vitales y Control de Líquidos, boletas de medicamentos	30%	Se realizó lista de chequeo de recibo y entrega de turno,registro de Signos vitales y Control de Líquidos, boletas de medicamentos					70%	EN DESARROLLO
	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%	60%	Se encuentra actualización de la documentación (version 2017)	20%	La documentación se encuentra en actualización					80%	EN DESARROLLO

PROCESO	APOYO_DIAGNOSTICO_TERAPEUTICO			SUBPROCESO	LABORATORIO CLÍNICO				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO		
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		59%	EN DESARROLLO		
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
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%	0%	No se han definido Indicadores	50%	Se evidencia Analisis y Gestion de indicadores de Calidad y Produccion.					50%	EN DESARROLLO	
	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_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%	0%	No se an realizado capacitaciones de Reactivovigilancia por disponibilidad de Tiempo Del Referente del Programa. En cuanto al programa solo se han verificado alertas sanitarias y realización de informes. Se solicitó a la Dirección el Cambio del referente del programa	100%	Se evidencia que la Referente institucional de RV ha asistido a capacitaciones y asistencias técnicas de la UAESA de RV. Se realizo revisión general del Documento vigente SEI-03-R03 PROGRAMA INSTITUCIONAL DE REACTIVOIGILANCIA Versión 01 con fecha de aprobación 15-04-2016 publicado en la ruta \\192.168.1.3\CarpetaCalidad\21_SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL\03_Seguridad del Paciente\12_Programas Institucionales					100%	COMPLETO	
	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%	80%	Se realizó capacitación y certificación del personal antiguo de la institución. Los certificados reposan en las hojas de Vida en la Oficina de Talento Humano. Pendiente personal que ha ingresado en la presente vigencia	0%							80%	EN DESARROLLO
	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 via electrónica.	Documenta e implementa el Procedimiento SI / NO	NO	SI	50%	Se implementó el envío de resultados a través del correo resultadoslaboratorio@hsop.laidsarare.gov.co. Pendiente documentar procedimiento	0%							50%	EN DESARROLLO
	Realizar medición del procedimiento de entrega de resultados de laboratorio clínico a través de medios electrónicos.	ESTANDAR_27_OPRT UNIDAD MEJORA3	123456789	Socializa Estrategias en Medios Locales de Información dejando Evidencia SI / NO	NO	SI	100%	Se realizó socialización a través de Pagina Web y Medios Radiales								100%	COMPLETO
	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	50%	Se tiene documentado el Perfil microbiológico y resistencia antibiótica correspondiente al primer periodo del año	0%							50%	EN DESARROLLO
		Socializar el Perfil Microbiológico y de resistencia Antibiótica de la Institución.	Socializa el Documento SI / NO	NO	SI	0%	No Se evidencia Socialización	0%							0%	NO INICIADO	

PROCESO	APOYO_DIAGNOSTICO_TERAPEUTICO			SUBPROCESO	LABORATORIO CLÍNICO				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO		
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		59%	EN DESARROLLO		
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
	Capacitar y certificar al El personal que realiza la toma de muestras. Garantizar el traslado de las muestras.	ESTANDAR_35_OPR 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%	80%	Se realizó capacitación y certificación del personal antiguo de la institución. Los certificados reposan en las hojas de Vida en la Oficina de Talento Humano. Pendiente personal que ha ingresado en la presente vigencia	0%						80%	EN DESARROLLO	
			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%	80%	Se realizó capacitación y certificación del personal antiguo de la institución. Los certificados reposan en las hojas de Vida en la Oficina de Talento Humano. Pendiente personal que ha ingresado en la presente vigencia	0%							80%	EN DESARROLLO
C_082_ESTANDARES_AREDITACION	Actualizar y Ajustar los Documentos Prioritarios del Servicio de Apoyo Diagnostico	ESTANDAR_36_OPR TUNIDAD 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	50%	Pendiente revisar y ajustar	50%	Se evidencia que se elimino el Documento ADX-02-P06 que estaba duplicado					100%	COMPLETO	
	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_OPR TUNIDAD 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	0%	No se ha documentado	0%							0%	NO INICIADO
	Realizar Gestión mensual del Indicador de Aceptación o Rechazo de Muestras.		Realiza Gestión mensual del Indicador SI / NO	NO	SI	0%			0%							0%	NO INICIADO
	Realizar Seguimiento Mensual a los Indicadores de Programa de Control de Calidad del Laboratorio Clínico tanto interno como Externo	ESTANDAR_38_OPR TUNIDAD 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	20%	Se tiene evidencia y seguimiento al control de Calidad Interno. El control externo no se ha gestionado	0%							20%	ATRASADO
	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_OPR TUNIDAD MEJORA1	Documentar los Criterios de Remisión de usuarios a LABORATORIO CLÍNICO según los criterios del Estándar	Documenta los Criterios SI / NO	NO	SI	100%	Se cuenta con manual de toma de muestras en el laboratorio clinico(ADX-02-M02), Manual de Preparación del Paciente (ADX-02M03), Manual de transporte, remisión y conservación de Muestras en el Laboratorio Clínico (ADX-02M11)								100%	COMPLETO
C_082_RIESGOS	Daños en la salud del paciente	R_15	*Evaluación del manual de calidad interno	Personal Evaluado/total Personal Evaluado		80%	0%		100%	Se socializó manual de Calidad interno y externo ADX-02-M07 a los bacteriologos del area. La evidencia reposa en los archivos de laboratorio					100%	COMPLETO	

PROCESO	APOYO_DIAGNOSTICO_TERAPEUTICO			SUBPROCESO	LABORATORIO CLÍNICO				VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1			seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		59%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
C_082_RIESGOS	Daños en la salud del paciente	R_15	*Capacitacion al personal del Area	Personal capacitado/total Personal Laboratorio		80%	0%		30%	Se han realizado capacitación de farmacovigilancia					30%	ATRASADO

PROCESO	SERVICIOS_AMBULATORIOS			SUBPROCESO	SALUD ORAL				VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO		
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		69%	EN DESARROLLO		
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
C_042_ESTANDARES_AREDITACION	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPR TUNIDAD 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%	25%	Se tienen definidos para el área el indicador de oportunidad y seguridad del paciente (reporte de evento adverso). Se evidencia análisis del primer trimestre. Pendiente envío oficina de Calidad	25%	Se evidencia gestión de indicadores de la resolución 0256 y la resolución 1552					50%	EN DESARROLLO	
	Documentar y socializar el procedimiento para la Asignación de cita y Atención presencial del paciente con el enfoque diferencial	ESTANDAR_25_OPR TUNIDAD MEJORA3	Documentar y Aprobar el procedimiento para la Asignación de cita y Atención presencial del paciente con el enfoque diferencial	Documenta el proceso SI / NO	NO	SI	100%	El documento se encuentra aprobado por la oficina de calidad el 16/02/2018. Se evidencia en la carpeta calidad/4. servicios ambulatorios/2.Salud Oral/procedimientos								100%	COMPLETO
			Socializar el procedimiento para la Asignación de cita y Atención presencial del paciente con el enfoque diferencial	Evalúa el Documento SI / NO	NO	SI	100%	Se evidencia socialización del procedimiento al personal (Odontólogos y auxiliares de Salud Oral)								100%	COMPLETO
	Construir indicadores de Calidad y de Producción del servicio	ESTANDAR_25_OPR TUNIDAD MEJORA4	Definir cuales indicadores se van a manejar en el servicio	Define Indicadores SI / NO	NO	SI	100%	Se definieron los indicadores de: -Oportunidad de atención en paciente embarazada -Efectividad de la atención de PYP en Salud Oral. Pendiente presentación al área de Calidad								100%	COMPLETO
	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	50%	Se encuentra documentado , pendiente aprobación	0%							50%	EN DESARROLLO
C_042_RIESGOS	Incumplimiento de metas de Promoción y prevención en Salud Oral.	R_37	Realizar Actividades de promoción y prevención en salud oral por parte de los profesionales (Odontólogos)	Actividades Realizadas/Actividades Programadas	SI	SI	25%	Se realiza canalización de actividades de pyp tales como: *Control de Placa *Detartraje *Aplicación de Barniz de Fluor *Aplicación de Sellante. por parte de los Odontólogos. Las actividades se verifican en el Sistema de Información Dimanica gerencial, para evidenciar su cumplimiento	25%	Se realiza canalización de actividades de pyp tales como: *Control de Placa *Detartraje *Aplicación de Barniz de Fluor *Aplicación de Sellante. por parte de los Odontólogos. Las actividades se verifican en el Sistema de Información Dimanica gerencial, para evidenciar su cumplimiento					50%	EN DESARROLLO	

PROCESO	SERVICIOS_AMBULATORIOS			SUBPROCESO	SALUD ORAL				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION			seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		69%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
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%	5%	Se cuenta con el Manual de Diligenciamiento de Historia Clínica, el Formato de Evaluación de Historia Clínica. Ubicados en la carpeta calidad/4. servicios ambulatorios/2.SaludOral.	25%	Se empezó a implementar el proceso de auditoria a historia clinica, se evidencia en documentos del proceso de salud oral y se definió periodicidad trimestral de las mismas.					30%	ATRASADO

PROCESO	URGENCIAS			SUBPROCESO	URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS				VIGENCIA		2018				CUMPLIMIENTO	
	Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		41%	EN DESARROLLO
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
C_061_ESTANDARES_ACREREDITACION	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_OPR TUNIDAD MEJORA1	Documentar los Criterios de Remisión de usuarios a URGENCIAS según los criterios del Estándar	Documenta los Criterios SI/NO	NO	SI	50%	*Se tiene Procedimiento de referencia y contrarreferencia (RYC-00-P01) * Formato bitacora de Transporte (RYC-00-F01) que incluye los criterios del estándar. *Pendiente ajustar formato de bitacora intrainstitucional							50%	EN DESARROLLO
C_061_ESTANDARES_ACREREDITACION	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPR TUNIDAD 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%	0%	No se estan llevando indicadores del proceso							0%	NO INICIADO
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 realizadas/Actividades propuestas	SI	SI	25%	Se estan realizando actividades de humanización a traves de charlas educativas y talleres. La evidencia reposa en Coordinación de Enfermería	25%	Se estan realizando actividades de humanización a traves de charlas educativas y talleres. La evidencia reposa en Coordinación de Enfermería					50%	EN DESARROLLO
			Establecer incentivos para los trabajadores, aumentando los estímulos, empoderamiento y sentido de pertenencia institucional	Incentivos establecidos(SI/NO)	NO	SI	25%	Se Han realizado 2 integraciones y se ha tratado de conmemorar fechas especiales con el fin de mejorar el compromiso y compañerismo del personal	35%	Se ha realizado incentivos a traves de capacitaciones e integraciones, con el fin de fortalecer el trabajo en equipo en cada uno de los funcionarios, así mismo se realiza conmemoración de fechas especiales. Lo anterior se evidencia en documento "Informe general de actividades realizadas", qu e reposa en la oficina de coordinación de enfermería					60%	EN DESARROLLO
			Realizar medición y seguimiento a protocolos y guías institucionales	Documentos medidos/total Documentos	20%	75%	0%	NO se evidencia medición de protocolos y guías institucionales correspondientes al servicio de urgencias	60%	Se evidencia medicion y seguimiento a Protocolo de entrega y recibo de turno, control de liquidos, traslado de pacientes y carro de paro. Se ha realizado evaluaciones en general al personal con el fin de medir y reforzar conocimientos.						60%

PROCESO	URGENCIAS			SUBPROCESO	URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS				VIGENCIA				2018				CUMPLIMIENTO	
	Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		41%	EN DESARROLLO		
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO		
AUMENTO DEL PORCENTAJE OCUPACIONAL EN URGENCIAS	R_11	Solicitar apoyo al proceso de auditoria concurrente en cuanto al seguimiento agüas médicas y revisión de historias clinicas	Historias clinicas revisadas/total Historias Clinicas				9%	Se realiza ronda diaria e, con el fin de identificar estancias prolongadas .Se revisa pertinencia . Se determinan los pacientes sujetos a atención Estancia por falta de Medicamentos o remision . Se revisa censo de enfermeria de pacientes para intervenir el riesgo de estancia Hospitalaria, (pacientes con mayor estancia) Por disponibilidad de tiempo se estan revisando en promedio el 25% de las historias	9%	Se realiza ronda diaria e, con el fin de identificar estancias prolongadas .Se revisa pertinencia . Se determinan los pacientes sujetos a atención Estancia por falta de Medicamentos o remision . Se revisa censo de enfermeria de pacientes para intervenir el riesgo de estancia Hospitalaria, (pacientes con mayor estancia) Por disponibilidad de tiempo se estan revisando en promedio el 25% de las historias					18%	ATRASADO		
		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	25%	En apoyo con coordinación de enfermeria se priorizan la asignación de camas de acuerdo a la demanda de Pacientes. Es importante resaltar que en ocasiones se alcanza el maximo de capacidad instalada y no se puede dar resolutivead en las asignaciones de camas, lo que aumenta la estancia Hospitalaria	25%	En apoyo con coordinación de enfermeria se priorizan la asignación de camas de acuerdo a la demanda de Pacientes. Es importante resaltar que en ocasiones se alcanza el maximo de capacidad instalada y no se puede dar resolutivead en las asignaciones de camas, lo que aumenta la estancia Hospitalaria						50%	EN DESARROLLO		

PROCESO	REFERENCIA_CONTRAREFERENCIA			SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRA- REFERENCIA				VIGENCIA				2018		CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		40%	EN DESARROLLO	
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO
C_101_ESTANDARES_AREDITACION	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPR TUNIDAD 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%	0%		50%	La actividad se encuentra en desarrollo					50%	EN DESARROLLO
	Ajustar el Proceso de Referencia según recomendaciones del Estándar.	ESTANDAR_52_OPR TUNIDAD MEJORA1	Ajustar y Actualizar los Documentos Prioritarios del Servicio.	Numero de Documentos Actualizados / Total de Documentos del Servicio * 100	0%	80%	0%		50%	La actividad se encuentra en desarrollo					50%	EN DESARROLLO
			Elaborar la guía con los criterios para remisión de pacientes	Documenta Guia SI / NO	NO	SI	0%		50%	La actividad se encuentra en desarrollo					50%	EN DESARROLLO
			Socializar a guía con los criterios para remisión de pacientes	Socializa Guia SI / NO	NO	SI	0%		0%						0%	NO INICIADO
			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%	0%		50%	La actividad se encuentra en desarrollo						50%

PROCESO	APOYO_DIAGNOSTICO_TERAPEUTICO			SUBPROCESO	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				VIGENCIA			2018				CUMPLIMIENTO	
Plataforma Estratégica				MEDICION		seguimiento 1		seguimiento 2		seguimiento 3		seguimiento 4		33%	ATRASADO		
ENLACE ESTRATÉGICO	DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	Nombre Actividad	INDICADOR	MEDICION INICIAL	MEDICION ESPERADA	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	% DE AVANCE	OBSERVACION	TOTAL	ESTADO	
C_083_ESTANDARES-ACREDITACION	Definir el Tablero de Indicadores de la Institución.	ESTANDAR_13_OPR TUNIDAD 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%	0%		0%						0%	NO INICIADO	
	Establecer el indicador de oportunidad de lectura de estudios especiales de imagenología.	ESTANDAR_26_OPR TUNIDAD MEJORA1	Documentar el Indicador oportunidad de lectura de estudios especiales de imagenología. Implementarlo en el servicio	Documenta el Indicador SI / NO	NO	SI	0%		0%						0%	NO INICIADO	
			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	0%		0%						0%	NO INICIADO	
	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_OPR TUNIDAD 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	40%	Se evidencian oficios ADX-03-06 con fecha 05-03-2018 y oficio anterior ADX-03-54. Hasta la Fecha no se evidencia acción de mejora	0%							40%	EN DESARROLLO
	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_OPR TUNIDAD MEJORA3	Documentar el Indicador de Aceptación o Rechazo de Estudios de imágenes Diagnósticas identificando fallas y estableciendo mejoras. Definir Criterios del indicador, Frecuencia de medición y análisis.	Documenta el Indicador SI / NO	NO	SI	0%								0%	NO INICIADO	
			Realizar Gestión mensual del Indicador de Aceptación o Rechazo de Estudios.	Realiza Gestión mensual del Indicador SI / NO	NO	SI	0%								0%	NO INICIADO	
	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_OPR TUNIDAD MEJORA1	Documentar los Criterios de Remisión de usuarios a IMÁGENES DIAGNOSTICAS según los criterios del Estándar	Documenta los Criterios SI / NO	NO	SI	0%		50%	El Documento esta en desarrollo					50%	EN DESARROLLO	
C_083_RIESGOS	Radiación innecesaria para Usuarios, Acompañantes de los Usuarios y Personal que labora en la institución	R_38	Separar el area de mamografía de la Sala de rayos x.	Proyección solicitud (SI/NO)	NO	SI	0%		0%	No se cuenta con el espacio físico para realizar la acción de mejora					0%	NO INICIADO	
C_083_RIESGOS	Daños y Lesiones al usuario	R_39	Actualizar, socializar y hacer seguimiento de Manuales guías y protocolos.	Documentos actualizados/Total Documentos		100%	0%		70%	Se evidencia actualización de documentos en un 90%, pero no se evidencia socialización.					70%	EN DESARROLLO	
		R_39	Solicitud de Sistema de energía regulada (UPS) para los equipos biomédicos de área	Proyección solicitud (SI/NO)	NO	SI	0%		100%	Se evidencia oficio de solicitud por parte de la coordinadora de rx, dirigido a Área biomédica, gerencia, subgerencia, financiera y subgerencia científica					100%	COMPLETO	
	Insatisfacción en el servicio por demora en la atención	R_40	*Solicitud de ampliación de días especialista para el servicio de Ecografía.	Proyección solicitud (SI/NO)	NO	SI	100%	A partir del mes de febrero se amplió la oferta de citas de consulta externa de ecografías. Sin embargo se evidencian quejas por el horario de atención.							100%	COMPLETO	