

PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



ANO DE VIGENCIA 2018

PROCESO RESPONSABLE	GERENCIA
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	EDGAR JULIAN NIÑO CARRILLO
CARGO LIDER DEL PROCESO	GERENTE ESE HUS

CODIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Lograr como mínimo el 50% de avance físico de dos de las cuatro obras contempladas en el Eje de Eficiencia Administrativa del Plan de Desarrollo	% avance de obra en el periodo	1. Controlar y dar estricto cumplimiento el cronograma de las obras que se encuentran en ejecución y de las obras para lograr como mínimo el 50% de avance físico de dos de las cuatro obras contempladas en el Eje de Eficiencia Administrativa del Plan de Desarrollo. 2. Realizar de ser necesario balance contractual para garantizar la finalización de las obras.	Talento Humano Recurso Financiero	Gerencia	Gerente	1/02/2018	31/12/2018
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	Realizar estudio sobre viabilidad de actualización o cambio software institucional	IR1. Número de estudios realizados sobre número de estudios propuestos	1. Realizar análisis del funcionamiento del software "dinamica" en instituciones en donde este actualizado para definir si se ajusta a las necesidades actuales de la ESE HUS. 2. Visitar a una institución de características similares a la ESE HUS en donde se tenga implementado un software diferente a Dinamica y analizar el costo-beneficio de su adquisición e implementación en la ESE HUS	Talento Humano Recurso Financiero.	Gerencia	Gerente	1/02/2018	31/12/2018
PD	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras	Contar con un Plan de Formalización Laboral de la ESE HUS	Acciones realizadas del plan de Formalización laboral/Total acciones programadas para el plan de formalización laboral	1. Informar a la dirección territorial santander del ministerio de trabajo la intención de realizar formalización laboral, por parte del gerente de la ESE HUS 2. Actualizar estudio de cargas realizado en la ESE HUS en el año 2013	Talento Humano Recurso Financiero.	Gerencia	Gerente	1/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.	Vender un 2% de los servicios en la vigencia por la estrategia de redes	Total de venta de servicios mediante mecanismos de RED/Total de venta de servicios	Realizar actividades de contratación con las EPS mediante mecanismo de redes	Talento Humano	Gerencia	Gerente	1/02/2018	31/12/2018

PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



ANO DE VIGENCIA 2018

PROCESO RESPONSABLE	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	MARTHA ROSA AMIRA VEGA BLANCO
CARGO LIDER DEL PROCESO	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

CÓDIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
Plan Institucional	Mejorar la eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE	Cumplimiento Plan Anual de Adquisiciones	Acciones realizadas/total acciones planteadas	Ejecutar las acciones establecidas dentro del Plan Anual de Adquisiciones	Humanos Financieros	Subgerencia Administrativa y Financiero	Gerencia Subgerencia Administrativa y Financiera Unidad Funcional de Recursos Físicos	ene-18	dic-18
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	MR5. Desarrollar e implementar las políticas del sistema Sarlaft.	(Políticas implementadas de Sarlaft/Total Políticas del sistema de Sarlaft)*100	Detectar y reportar las operaciones que se pretendan realizar o se hayan realizado, para intentar dar apariencia de legalidad a operaciones vinculadas al lavado de activos o financiación del terrorismo.	Humanos Financieros Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Especializado Subgerencia Administrativa y Financiera	Enero	Diciembre

PD	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.	Incrementar en un 2% los ingresos por venta de servicios de alta complejidad	Valor total facturación de servicios de alta complejidad / Valor total facturación	Verificar que el contrato cumpla con los requisitos legales establecidos, esté previamente parametrizado en el Sistema de Información y socializado con el Proceso de Facturación o en caso contrario seguir los lineamientos establecidos normativamente	Humanos Financieros Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	Sub gerente Administrativo y Financiero Profesional Universitario Costos Profesional Universitario Facturación	Enero	Diciembre
				Verificar que las facturas generadas cumplan con los requisitos legales establecidos normativamente	Humanos Financieros Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	Sub gerente Administrativo y Financiero Profesional Universitario Facturación	Enero	Diciembre
				3. Entregar los reportes solicitados por Contabilidad para el registro oportuno y veraz de cada una de las operaciones que se genere.	Humanos Financieros Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera		Enero	Diciembre
				4. Generar y enviar los estados de facturación a cartera para su radicación	Humanos Financieros Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera		Enero	Diciembre
				5. Hacer seguimiento al proceso de facturación para presentar los Informes de Gestión	Humanos Financieros Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera		Enero	Diciembre
PD	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.	Mantener sin riesgo financiero a la institución.	Certificación de Hospital sin Riesgo fiscal y Financiero	Recuperar cartera , Aumentar venta de servicios, mantener habilitados los diferentes servicios, actualizar el manual de tarifas y la contratación vigente	Humanos Financieros Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	Subgerente Administrativa	Enero	Diciembre
PD	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.	Diseñar e implementar en por lo menos un 70% estrategias para la reducción del costo operativo y gasto administrativo buscando la eficiencia de los recursos	N° de estrategias implementadas / N° de estrategias planificadas	Proyectar un marco de referencia tarifario para la ESE HUS de acuerdo a los estudios de costos unitarios y de producción realizados, estructurando los actos administrativos requeridos (Acuerdo de Junta Directiva - Resolución de unificación de tarifas institucionales). Difusión y socialización de las áreas interesadas y seguimiento a la implementación para mejorar los ingresos y reducir costos en la prestación de servicios.	Humanos Financieros Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	Subgerente Administrativa y Financiera Tesorera	Enero	Diciembre
				Realizar 10 estudios de costos para proyectar nueva prestación de servicios, según solicitud requerida	Humanos Financieros Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	Gerencia Subgerencia Administrativa y Financiera profesional universitario Costos	Enero	Diciembre
PD	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.	Vender un 2% de los servicios en la vigencia por la estrategia de redes	Total de venta de servicios mediante mecanismos de RED/Total de venta de servicios	Realizar venta de servicios mediante mecanismos de RED	Humanos Financieros Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	Gerencia Subgerencia Administrativa y Financiera	Enero	Diciembre
PD	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.	Recaudar por lo menos el 50% del presupuesto definitivo de la vigencia	Total recaudo de la vigencia / Total presupuesto definitivo de la vigencia	Realizar seguimiento al presupuesto aprobado	Humanos Financieros Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	Profesional Universitario Presupuesto	Enero	Diciembre
PD	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.	Total cartera mayor a 180 días entregada a abogados/ total cartera mayor a 180 días con ERP No liquidados	total cartera mayor a 180 días entregada a abogados/ total cartera mayor a 180 días con ERP No liquidados	Realizar seguimiento a la ejecución de los contratos de acuerdo a lo establecido en las obligaciones contractuales. Elaborar, evaluar y revisar la minuta contractual y elaborar actas de inicio para la cobntratación de los procesos de cartera	Humanos Financieros Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Universitario de Cartera y contabilidad	Enero	Diciembre
PD	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.	Iniciar medición del indicador (Valor total recaudado con acuerdos de pago, conciliaciones, compra de cartera / Total de cartera recaudada.)	Valor total recaudado con acuerdos de pago, conciliaciones, compra de cartera / Total de cartera recaudada.	Realizar la conciliación mensual con los módulos de cartera y contabilidad, efectuar los ajustes que correspondan, elaboración y presentación de los informes pertinentes.	Humanos Financieros Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Universitario de Cartera y contabilidad	Enero	Diciembre

**PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



ANO DE VIGENCIA

2018

PROCESO RESPONSABLE			GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO						
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO			MARTHA ROSA AMIRA VEGA BLANCO						
CARGO LIDER DEL PROCESO			SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						
CÓDIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.	Potenciar 3 competencias del talento humano en la vigencia	(número de competencias definidas/número de competencias deseadas)*100%	1. Definir las 3 competencias a fortalecer.	Humanos	Unidad Funcional de Talento Humano	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	Febrero	Marzo
				2. Programar y ejecutar actividades tendientes al mejoramiento y fortalecimiento de las competencias.	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	Febrero	Diciembre
				3. Coordinar equipos que lideren los programas dentro de los cuales se encuentren las competencias definidas para su fortalecimiento.	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	Febrero	Diciembre
				4. Coordinar con los grupos o equipos de auditoria para hacer verificación de la apropiación de las 3 competencias que han sido reforzadas.	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	Febrero	Diciembre
PD	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras	Elaboración e implementar el PIC, teniendo en cuenta las necesidades detectadas institucionales	(Número de servidores capacitados / número total de servidores de la ESE HUS)*100%	1. Detectar las necesidades de capacitación individuales, de equipos de trabajo, generadas de las evaluaciones de desempeño, de las autoevaluaciones de acreditación, de los objetivos del plan de desarrollo y demás programas institucionales.	Humanos, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	Febrero	Marzo
			(Número de capacitación ejecutadas / número de capacitaciones planeadas)*100%	2. Elaborar, socializar e implementar el PIC	Humanos, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	Febrero	Diciembre
PD	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.	Desarrollar el proceso de Inducción y re inducción a por lo menos al 90% del personal de la institución	(Número de colaboradores que recibieron inducción / número de trabajadores que ingresaron en el periodo)*100%	1. Requerir a los supervisores de los contratos de los cuales se desprenda la realización de actividades a través de ejecutores, que coordinen con talento humano la creación y claves de los usuarios para la realización de la inducción del personal a cargo.	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	Enero	Diciembre
				2- Dar cumplimiento al procedimiento de inducción y re inducción	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	Enero	Diciembre
				3. Generar informe del avance y resultados.	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	Enero	Diciembre
PD	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.	Fortalecer la comunicación asertiva y trabajo en equipo, generando identidad y sentido de pertenencia	(Número de estrategias de comunicación implementadas/Total Estrategias de comunicación planteadas )*100%	Documentar el Plan de comunicaciones de la ESE que incluya las diferentes estrategias de comunicación en los diferentes niveles de comunicación organizacional.	Talento Humano	Desarrollo Institucional	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	Enero	Diciembre
PD	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.	Realizar dos (02) actos protocolarios en la vigencia de reconocimiento al cumplimiento de los objetivos	(Número de actos protocolarios realizados/ No de actos protocolarios planeados)*100	1. Definir con el equipo de seguridad del paciente, los parámetros a seguir, con el fin de identificar los servicios que en las rondas de seguridad realizadas cada 15 días se destacan al igual que la persona que más reporta eventos adversos en cada semestre.	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano Subgerencia Administrativa y Financiera Jefe Oficina Asesora Calidad	Enero	Julio
				2. Planear y realizar los actos protocolarios de reconocimiento	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano Subgerencia Administrativa y Financiera Jefe Oficina Asesora Calidad	Julio	Diciembre

PD	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.	Promover, desarrollar y evaluar estrategias para apropiar la cultura del autocuidado en los trabajadores de la Institución independientemente del tipo de vinculación laboral	Número de actividades de promoción y prevención enfocadas a la cultura del autocuidado realizadas/Número de actividades programadas	Realizar actividades de promoción y prevención enfocadas a la cultura del autocuidado en conjunto con las empresas contratistas y la ARL	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	Febrero	Diciembre
PD	Mejorar la integralidad y resoluntividad en la prestación de los servicios de salud	Planear, elaborar, Promover, desarrollar y evaluar estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida laboral de los colaboradores.	Obtener resultado de medición de clima laboral superior al 80%	Realizar la medición de clima laboral superior al 80%	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	Febrero	Diciembre
PD	Mejorar la integralidad y resoluntividad en la prestación de los servicios de salud	Planear, elaborar, Promover, desarrollar y evaluar estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida laboral de los colaboradores.	Obtener resultado de medición de satisfacción del cliente interno superior al 80%	Realizar la medición de satisfacción del Cliente interno	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	Febrero	Diciembre
PD	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo	Elaborar y presentar al ministerio del trabajo plan de formalización laboral	Plan de formalización laboral actualizado Porcentaje de cumplimiento del Plan de Formalización Laboral de la ESE HUS	1. elaborar plan de formalización laboral de la eseHUS	Humanos, financieros, tecnológicos	Gerencia Gerencia	Gerencia Gerencia	Febrero	Diciembre
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	(Número de asistencia a espacios de formación programados en acreditación/Número de espacios de formación programados en acreditación)*100%	Elaborar, socializar e implementar las acciones pertinentes para lograr el cumplimiento de los planes de mejora del grupo de estándar de gerencia del talento humano	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Gerencia Grupos de Acreditación	Febrero	Diciembre
Plan Institucional	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.	Cumplimiento Plan de previsión de recursos Humano	Acciones implementadas/ Total acciones definidas dentro del Plan de previsión de recursos	Elaborar, socializar e implementar el Plan de Previsión de Recursos humanos de la ESE HUS	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Unidad Funcional de Talento Humano	Julio	Diciembre
Plan Institucional	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.	Cumplimiento Plan Estratégico de Talento Humano	Acciones implementadas/ Total acciones definidas dentro del Plan Estratégico de Talento Humano	Elaborar, socializar e implementar el Plan Estratégico de Talento Humano de la ESE HUS	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Unidad Funcional de Talento Humano	Julio	Diciembre
Plan Institucional	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.	Cumplimiento Plan Anual de Vacantes	Acciones implementadas/ Total acciones definidas dentro del Plan Anual de Vacantes	Ejecutar las actividades planteada dentro del Plan Anual de Vacantes de la ESE HUS	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Unidad Funcional de Talento Humano	Febrero	Diciembre
Plan Institucional	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.	Cumplimiento Plan de Incentivos Institucionales	Acciones implementadas/ Total acciones definidas dentro del Plan de incentivos institucionales	Ejecutar las actividades planteada dentro del Plan de Incentivos Institucionales de la ESE HUS	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Unidad Funcional de Talento Humano	Febrero	Diciembre
Plan Institucional	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.	Cumplimiento Plan de de seguridad y salud en el trabajo	Acciones implementadas/ Total acciones definidas dentro del Plan de Seguridad y Salud en el trabajo	Ejecutar las actividades planteada dentro del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo de la ESE HUS	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Talento Humano	Unidad Funcional de Talento Humano	Febrero	Diciembre

**PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



ANO DE VIGENCIA: 2018

PROCESO RESPONSABLE: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA  
 NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO: MARTHA ROSA AMIRA VEGA BLANCO  
 CARGO LIDER DEL PROCESO: ALMACEN

CÓDIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL

PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Actualizar 130 equipos en la vigencia	Servicios a los que se les realizó toma física de activos fijos/ Total servicios de la ESE	Garantizar la toma física aleatoria de los activos fijos de las diferentes áreas de la ESE	Humanos y Financieros	Subgerencia Administrativa y Financiera Unidad Funcional Recursos Físicos y Servicios Básicos Almacén	Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Almacén	ene-18	dic-18
----	--	---------------------------------------	--	--	-----------------------	--	---	--------	--------

**PLAN DE ACCIÓN**  
GDI-PL-FO-03, Version 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA	2018				
PROCESO RESPONSABLE	GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO				
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	YOLANDA CEDIEL CASTILLO				
CARGO LIDER DEL PROCESO	JEFE UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS FÍSICO Y SERVICIOS BÁSICOS				

CÓDIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	Realizar nueva autoevaluación de normatividad de hospital seguro.	Número de actividades ejecutadas / número de actividades planeadas X100	1. Revisar la información del índice de seguridad ESE HUS realizada en el 2013 por el MSPS Y OPS-OMS	* Un ingeniero civil con énfasis en estructuras * Un profesional de la salud con experiencia certificada en hospital seguro. * Profesional universitario con experiencia en mantenimiento hospitalario *Un profesional de planta física. *Un profesional especializado Gestión del riesgo de desastres. *Un auxiliar administrativo.* Tres Computadores.* Impresora a color* material de oficina	Emergencias y Desastres	Profesional Emergencias y Desastres	1-feb-18	28-mar-18
				2. Buscar, revisar y compilar la información de las acciones de intervención realizadas a 2018 para realizar la autoevaluación				1-jun-18	28-sep-18
				3. Realizar la autoevaluación.				1-oct-18	19-oct-18
				4. Elaborar informe en medio físico y magnético.				22-oct-18	31-oct-18
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	2. Establecer plan de acción con ajustes que sean necesarios	Plan de acción elaborado	1. Elaborar plan de acción.	* Un ingeniero civil con énfasis en estructuras * Un profesional de la salud con experiencia certificada en hospital seguro. * Profesional universitario con experiencia en mantenimiento hospitalario *Un profesional de planta física. *Un profesional especializado	Emergencias y Desastres	Profesional Emergencias y Desastres	1-nov-18	16-nov-18
				2. Presentar a gerencia el plan de acción.				19-nov-18	23-nov-18
				3. Priorizar las actividades a ejecutar.				26-nov-18	30-nov-18
				4. Asignación de recursos para ejecutar actividades priorizadas				1-dic-18	31-dic-18

**PLAN DE ACCIÓN**  
GDI-PL-FO-03, Version 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA	2018				
PROCESO RESPONSABLE	Gestión Ambiental				
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	Martha Vega Blanco				
CARGO LIDER DEL PROCESO	Subgerente Administrativa y Financiera				

CODIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL

PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional	Elaborar proyecto de gestión ambiental para orientar la obtención de un reconocimiento ambiental institucional	Acciones realizadas para la implementación del Programa de Producción Limpia/Total acciones programas para la implementación del programa de Producción más limpia, Organizaciones comprometidas con un ambiente sostenible (P+LOCAMS)	Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número I del Programa de producción mas limpia Organizaciones Compemetidas con un ambiente saludable (P+L OCMS): *Diligenciar los formatos denominado compromiso de la Gerencia, conformación del comite y matriz DOFA. *Socializar los formatos mencionados anteriormente en el comite de Gestión Ambiental y Sanitaria.	Recurso humano	Oficina Asesora de Calidad	Profesional Universitario Gestion Ambiental -CDMB	feb-18	jun-18
				Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número I del Programa de producción mas limpia Organizaciones Compemetidas con un ambiente saludable (P+L OCMS): *Diligenciar los formatos denominado compromiso de la Gerencia, conformación del comite y matriz DOFA. *Socializar los formatos mencionados anteriormente en el comite de Gestión Ambiental y Sanitaria.	Recurso humano	Oficina Asesora de Calidad	Profesional Universitario Gestion Ambiental -CDMB	feb-18	jun-18
				Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número III del Programa de producción mas limpia Organizaciones Compemetidas con un ambiente saludable (P+L OCMS): *Diligenciar los formatos denominados diagrama de flujo de los procesos, balance del proceso, analisis de los procesos y matriz de impacto ambiental. *Socializar los formatos mencionados anteriormente en el comite de Gestión Ambiental y Sanitaria.	Recurso humano	Oficina Asesora de Calidad	Profesional Universitario Gestion Ambiental -CDMB	feb-18	jun-18
				Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número IV del Programa de producción mas limpia Organizaciones Compemetidas con un ambiente saludable (P+L OCMS): *Diligenciar los formatos denominados identificación inicial de objetivos, estudio preliminar de las estrategias, estudio técnico y economico y seleccion de las estrategias factibles. *Socializar los formatos mencionados anteriormente en el comite de Gestión Ambiental v Sanitaria.	Recurso humano	Unidad Funcional de Recursos Fisicos y Servicios Basicos	Profesional Universitario Gestion Ambiental -CDMB	ago-18	dic-18
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Reducir en por lo menos un Uno (1%) el valor del consumo anual de agua	(100 -(Total consumo agua año actual/ total consumo agua año anterior) *100)	Presentar trimestralmente al comité de Gestión Ambiental y Sanitaria los consumos de agua generados en la institución.	Recurso humano	Servicios Basicos	Tecnico de Servicios basico	may-18	dic-18
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Reducir en por lo menos un Uno (1%) el valor del consumo anual de energia	(100 -(Total consumo energia año actual/ total consumo energia año anterior) *100)	Presentar trimestralmente al comité de Gestión Ambiental y Sanitaria los consumos de energía generados en la institución.	Recurso humano	Servicios Basicos	Tecnico de Servicios Basico	may-18	dic-18

**PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



<b>AÑO DE VIGENCIA</b>	<b>2018</b>
------------------------	-------------

<b>PROCESO RESPONSABLE</b>	<b>GESTION DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO</b>
<b>NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO</b>	<b>JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS</b>
<b>CARGO LIDER DEL PROCESO</b>	<b>Jefe Oficina Asesora Control Interno</b>

CODIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	IR2. Postulación para la acreditación con puntaje autoevaluación acreditación > o = 3,0	Verificar cumplimiento de las acciones programadas en los planes de mejoramiento de acreditación	Talento Humano	Control Interno	Jefe Oficina Asesora Control Interno	jun-18	Ene-2019

PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	Lograr como mínimo el 50% de avance físico de dos de las cuatro obras contempladas en el Eje de Eficiencia Administrativa del Plan de Desarrollo	% Avance de obras	Realizar seguimiento a las acciones tendientes a reactivar las obras de infraestructura suspendidas	Talento Humano	Control Interno	Jefe Oficina Asesora Control Interno	may-18	Ene-2019
PD	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.	Elaborar y presentar al ministerio del trabajo plan de formalización laboral	Plan de formalización laboral actualizado	Realizar seguimiento a la elaboración y presentación ante el Ministerio del trabajo del plan de formalización laboral	Talento Humano	Control Interno	Jefe Oficina Asesora Control Interno	may-18	Ene-2019
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Publicar en la página WEB cuatro (4) reportes del plan anticorrupción y atención al ciudadano en la vigencia	IR1.Reportes anticorrupción publicados en la página web.	Realizar seguimiento al cumplimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2018	Talento Humano	Control Interno	Jefe Oficina Asesora Control Interno	abr-18	Ene-2019
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Garantizar la participación de la alianza de usuarios en por lo menos 3 actividades de planeación como son el direccionamiento estratégico, la rendición de cuentas y el seguimiento a la ejecución del plan de desarrollo	IR2.Actividades de planeación realizadas con participación de alianza de usuarios y/o Veedores. (Actualización direccionamiento estratégico, Rendición de Cuentas, seguimiento Plan Desarrollo)	Realizar evaluación de la audiencia de Rendición de Cuentas	Talento Humano	Control Interno	Jefe Oficina Asesora Control Interno	may-18	Junio-2018
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Cumplir con los reportes de información solicitados por los entes de control	Realizar oportunamente ___ informes de 2193 Realizar oportunamente ___ informes de circular única	Realizar Informes de ley que se deben presentar a otros organismos del estado y organismos de control	Talento Humano	Calidad Subgerencia Administrativa UFATI Control Interno	Jefe Oficina de Calidad Subgerente Administrativa y Financiera Jefe Unidad Funcional Apoyo Tecnológico y de Información Jefe Control Interno	ene-01	Ene-2019

**PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



ANO DE VIGENCIA: 2018

PROCESO RESPONSABLE	GESTION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	GERMÁN YESID PEÑA RUEDA
CARGO LIDER DEL PROCESO	Jefe Oficina Asesora Jurídica

CODIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la	Iniciar procesos a por lo menos el 70% de las ERP con cartera igual o mayor a 180 días con corte a 31/ene/2018	N° de ERP con proceso pre y jurídico iniciado / 70% de las ERP con cartera igual o mayor a 180 días	1. Identificar la cartera con mora igual o mayor a 180 días con corte a 31/ene/2018	Talento Humano	Oficina Jurídica	Jurídica	31/01/2018	21/03/2018
				3. Iniciar el cobro pre y jurídico sobre la cartera identificada según el corte.				01/04/2018	31/12/2018
				4. Actualizar Resolución 044 sobre procedimiento de cartera.				31/01/2018	30/08/2018
				5. Semaforizar los tipos de cartera según antigüedad.				31/01/2018	21/03/2018
				1. Designar a un Profesional Universitario para que haga parte activa del Comité de Acreditación.				01/01/2018	31/12/2018
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud	Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 3.0	IR2. Postulación para la acreditación con puntaje autoevaluación acreditación > o = 3,0	2. Definir, Implementar y hacer seguimiento al Plan de Mejora sobre estándares que estén por debajo de 3.0.	Talento Humano	Oficina Jurídica	Jurídica Grupos de Acreditación	31/10/2018	31/12/2018
				1. Revisar situación jurídica de cada uno.				01/01/2018	30/06/2018
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de	Lograr como mínimo el 50% de avance físico de dos de las cuatro obras contempladas en el Eje de Eficiencia Administrativa del Plan de Desarrollo	% Avance de obras	2. Balance de obra versus ejecución y pago.	Talento Humano	Oficina Jurídica	Jurídica	01/01/2018	30/06/2018
				3. Si superan las causales del origen de suspensión, se elabora acta de reinicio y actualización de pólizas				01/01/2018	30/06/2018
				4. Comité de obras mensuales.				01/07/2018	31/07/2018
								01/01/2018	31/12/2018

**PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



ANO DE VIGENCIA: 2018

PROCESO RESPONSABLE	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	MARTHA ROSA AMIRA VEGA BLANCO
CARGO LIDER DEL PROCESO	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

CÓDIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL

PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Cumplir en un 80% con el plan de Mantenimiento Vigente	Numero de mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos/Numero de mantenimientos programados	realizar seguimiento permanente al cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos de la ESE HUS con el fin de verificar su cumplimiento garantizando el correcto funcionamiento de los equipos biomédicos y minimizar posibles fallas.	Humanos y Financieros	Subgerencia Administrativa y Financiera Unidad Funcional Recursos Físicos y Servicios Básicos Mantenimiento	Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	ene-18	dic-18
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Cumplir en un 80% con el plan de Mantenimiento Vigente	Numero de eventos adversos asociados al uso de la tecnología biomédica/Eventos adversos asociados a dispositivos medicos	medir el porcentaje de eventos adversos presentados asociados al uso de la tecnología biomédica con el fin de generar estrategias que permitan mitigarlos	Humanos y Financieros	Subgerencia Administrativa y Financiera Unidad Funcional Recursos Físicos y Servicios Básicos Mantenimiento	Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	ene-18	dic-18
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Cumplir en un 80% con el plan de Mantenimiento Vigente	Número de calibraciones ejecutadas en los tiempos establecidos/Número de calibraciones programadas	realizar seguimiento al cumplimiento del cronograma de calibraciones con el fin de cumplir con las indicaciones dadas por los fabricantes de los equipos biomédicos y de la normatividad vigente, asegurando su correcto funcionamiento.	Humanos y Financieros	Subgerencia Administrativa y Financiera Unidad Funcional Recursos Físicos y Servicios Básicos Mantenimiento	Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	ene-18	dic-18
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Cumplir en un 80% con el plan de Mantenimiento Vigente	Numero de solicitud de mantenimiento correctivo atendidas / numero total de solicitudes recibidas	realizar seguimiento y analisis permanente a la solicitudes de mantenimiento correctivo realizadas	Humanos y Financieros	Subgerencia Administrativa y Financiera Unidad Funcional Recursos Físicos y Servicios Básicos Mantenimiento	Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	ene-18	dic-18
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Cumplir en un 80% con el plan de Mantenimiento Vigente	Equipos en correcto funcionamiento/ Equipos inspeccionados	realizar auditoria permanente al funcionamiento de los equipos biomédicos de la ESE HUS con el fin de identificar los equipos que presentan fallas y gestionar su mantenimiento.	Humanos y Financieros	Subgerencia Administrativa y Financiera Unidad Funcional Recursos Físicos y Servicios Básicos Mantenimiento	Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	ene-18	dic-18

**PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



**AÑO DE VIGENCIA** 2018

<b>PROCESO RESPONSABLE</b>	<b>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</b>
<b>NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO</b>	<b>MARTHA ROSA AMIRA VEGA BLANCO</b>
<b>CARGO LIDER DEL PROCESO</b>	<b>PLANTA FISICA SERVICIOS BASICOS</b>

CÓDIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Cumplir en un 80% con el plan de Mantenimiento de planta física para la vigencia 2018	numero de requerimientos realizados / numero de requerimientos requeridos ( recibidos) x 100 = %	realizar seguimiento y analisis permanente a la solicitudes de mantenimiento correctivo y preventivo realizadas	Humanos y Financieros	Subgerencia Administrativa y Financiera Unidad Funcional Recursos Físicos y Servicios Básicos	Subgerente Administrativo y Financiero y Profesional Universitario de Servicios Basicos	ene-18	dic-18

**PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



**AÑO DE VIGENCIA** 2018

<b>PROCESO RESPONSABLE</b>	<b>GERENCIA DE LA INFORMACION</b>
<b>NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO</b>	<b>NELLY MENDEZ MEZA</b>
<b>CARGO LIDER DEL PROCESO</b>	<b>PROFESIONAL ESPECIALIZADO</b>

CÓDIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	MR2. Implementar acciones de Enfoque Diferencial (niños, niñas y adolescentes, enfoque diferencial en discapacidad, mayores, mujeres, personas en situación de desplazamiento)	Acciones de Enfoque diferencial implementadas / acciones de Enfoque diferencial programadas	1. Crear y diseñar seccion de niños en el portal www.hus.gov.co)	Diseñador Grafico, Plantilla de WordPress, Ingeniero de Desarrollo Web.	Unidad Funcional de Apoyo Tecnologico e Información	Sugerencia Administrativa UFATI - Sistemas Desarrollo Institucional	ene-18	dic-18
PD	Mejorar la integridad y resoluidad en la prestación de los servicios de salud	MR1 Disminuir el 25% de eventos adversos asociados a caídas de pacientes, úlceras por presión (UPP) y administración de medicamentos	tasa de caídas, UPP, reporte de seguridad en la administración de medicamentos	4. Apoyo tecnico requerido para el Seguimiento de Eventos adversos a traves de herramienta software institucional.	Herramienta Software,Ingeniero de Soporte	Unidad Funcional de Apoyo Tecnologico e Información	Sugerencia Administrativa UFATI Unidad de Seguridad del Paciente	ene-18	dic-18
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	MR1. Definir actualización o cambio del software como mecanismo para Mantener la información Institucional actualizada y disponible.	Software actualizado o adquirido	1. Apoyar Realizacion estudio sobre viabilidad de actualizacion o cambio software institucional.	Economicos para referenciación en instituciones que tenga funcionando el software	Unidad Funcional de Apoyo Tecnologico e Información	Gerencia Sugerencia Administrativa UFATI Sistemas	ene-18	dic-18
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	MR1. Definir actualización o cambio del software como mecanismo para Mantener la información Institucional actualizada y disponible.	Software actualizado o adquirido	3. Definición de fases para el proyecto de la herramienta producto de la decisión	Economicos(Se establecen de acuerdo al alcance), recurso Humanos	Unidad Funcional de Apoyo Tecnologico e Información	Subgerencia Administrativa Sistemas -	ene-18	dic-18
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	MR1. Definir actualización o cambio del software como mecanismo para Mantener la información Institucional actualizada y disponible.	Software actualizado o adquirido	4. Adquisición de herramienta que facilite el ejercicio de la gestion documental en la institucion.	Economicos(470'050.000), impresoras,scanner, lectores de barra, , recurso Humanos	Unidad Funcional de Apoyo Tecnologico e Información	Subgerencia Administrativa UFATI	ene-18	dic-18
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	MR1. Definir actualización o cambio del software como mecanismo para Mantener la información Institucional actualizada y disponible.	Avance programa de gestión documental del PINAR y demás herramientas archivísticas	5. Contar con el apoyo profesional idoneo que permita la implementacion del programa de gestion documental, del PINAR y demás herramientas archivísticas.	Economicos (36'000.000) Recurso Humanos	Unidad Funcional de Apoyo Tecnologico e Información	Subgerencia Administrativa UFATI	ene-18	dic-18
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	MP1. Actualizar el hardware institucional	Equipos actualizados en hardware	1. realizar gestion tendiente a la actualizacion del hardware obsoleto (130 equipos).	Economicos(500'000.000), recurso Humanos	Unidad Funcional de Apoyo Tecnologico e Información	Sugerencia Administrativa Sistemas	ene-18	dic-18
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	MP1. Actualizar el hardware institucional	Red Inhambrica reforzada	2. Reforzar la red inhambrica de la ESE HUS.	Economicos(200'000'000) , recurso Humanos	Unidad Funcional de Apoyo Tecnologico e Información	Sugerencia Administrativa Sistemas	ene-18	dic-18
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	MR2. Cumplir con los reportes de información solicitados por los entes de control	Fichas Técnicas de Indicadores elaboradas	Participar en la Elaboracion de la ruta y fichas tecnicas de llos indicadores que soportan los informes solicitados por los entes de control.	Economicos, recurso Humanos	Unidad Funcional de Apoyo Tecnologico e Información	Calidad Sugerencia Administrativa UFATI Control interno	ene-18	dic-18
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	realizar autoevaluacion de acreditacion obteniendo puntaje superior a 2.0	Elaborar, socializar e implementar las acciones de mejora que garanticen resulsitado mayoy o igual a 2.0 en la autoevaluación de estándares vigencia 2018	Humanos, financieros, tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	Gerencia Subgerencia Administrativa y Financiera Grupos de Acreditación	ene-18	dic-18
Plan Institucional	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	Cumplir con los reportes de información solicitados por los entes de control	Sumatoria total días calendario transcurridos entre la fecha en la cual se tiene que reportar los informes y la fecha cuando es reportada por el HUS/Total Informes a reportar	Elaborar el Plan institucional de archivos - PINAR e inclusión de actividades de gestión documental en planeación de la entidad	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Apoyo Tecnologico e Información Subgerencia Administrativa y Financiera	UFATI Subgerencia Administrativa y Financiera	jul-18	dic-18

Plan Institucional	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	Cumplir con los reportes de información solicitados por los entes de control	Sumatoria total días calendario transcurridos entre la fecha en la cual se tiene que reportar los informes y la fecha cuando es reportada por el HUS/Total Informes a reportar	Elaborar el Plan estratégico de Tecnologías de la información y las comunicaciones PETI	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico e Información Subgerencia Administrativa y Financiera	UFATI Subgerencia Administrativa y Financiera	jul-18	dic-18
Plan Institucional	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	Cumplir con los reportes de información solicitados por los entes de control	Sumatoria total días calendario transcurridos entre la fecha en la cual se tiene que reportar los informes y la fecha cuando es reportada por el HUS/Total Informes a reportar	Elaborar el Plan de tratamiento de Riesgos de seguridad y privacidad de la Información	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico e Información Subgerencia Administrativa y Financiera	UFATI Subgerencia Administrativa y Financiera	jul-18	dic-18
Plan Institucional	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	Cumplir con los reportes de información solicitados por los entes de control	Sumatoria total días calendario transcurridos entre la fecha en la cual se tiene que reportar los informes y la fecha cuando es reportada por el HUS/Total Informes a reportar	Elaborar el Plan de Seguridad y privacidad de la Información	Humanos, financieros, tecnológicos	Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico e Información Subgerencia Administrativa y Financiera	UFATI Subgerencia Administrativa y Financiera	jul-18	dic-18

**PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Version 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



AÑO DE VIGENCIA: 2018

PROCESO RESPONSABLE	GESTION JURÍDICA
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	Joulie Andrea Balcázar Castaño
CARGO LIDER DEL PROCESO	Profesional Universitario de Control Interno Disciplinario

CÓDIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud	Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	Resultado autoevaluación con un puntaje superior a 2.0	Participar en las diferentes actividades de Acreditación que incluya las jornadas de capacitación relacionado con el tema	TALENTO HUMANO	Control Interno Disciplinario	Control Interno Disciplinario	1/01/2018	31/12/2018
				Elaborar, socializar e implementar las acciones de mejora que garanticen resultado mayor o igual a 2.0 en la autoevaluación de estándares vigencia 2018.	TALENTO HUMANO				
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Publicar en la pagina WEB cuatro (4) reportes del plan anticorrupcion y atencion al ciudadano en la vigencia	IR1.Reportes anticorrupción publicados en la página web.	Actualizar el mapa de riesgos apoyando en la identificación de riesgos en la Oficina de Control Interno Disciplinario, sus efectos, sus causas, el análisis del riesgo, la calificación, los mecanismos de control y estableciendo las oportunidades de mejora.	TALENTO HUMANO Y FORMATOS	Control Interno Disciplinario	Control Interno Disciplinario	1/02/2018	31/12/2018
				Establecer estrategias para minimizar los riesgos definidos en la Oficina de Control Interno Disciplinario.	TALENTO HUMANO Y FORMATOS				

**PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Version 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



AÑO DE VIGENCIA: 2018

PROCESO RESPONSABLE	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	MYRIAM FANNY ANAYA MARTINEZ
CARGO LIDER DEL PROCESO	JEFE OFICINA ASESORA DE CALIDAD

CODIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL

PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar autoevaluación de habilitación	Autoevaluación de habilitación realizada en el servicio/ Total servicios ESE HUS	1. Seleccionar las personas a cargo de la verificación	HUMANOS	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	2/07/2018	6/07/2018
				2. Elaboración del cronograma de visitas de Autoevaluación de habilitación	HUMANOS, TECNOLOGICOS	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	9/07/2018	11/07/2018
				3. Diseñar y definir el Plan de verificación de los estándares de habilitación	HUMANOS	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	9/07/2018	13/07/2018
				4. Comunicar en cada servicio sobre la verificación de estándares de habilitación	HUMANOS	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	16/07/2018	20/07/2018
				5. Ejecución de la verificación	HUMANOS	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	23/07/2018	31/08/2018
				6. Consolidación de la información	HUMANOS	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	3/09/2018	28/09/2018
				7. Enviar informe a la Gerencia y a las Subgerencias	HUMANOS	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	1/10/2018	6/10/2018
				8. Realizar la actualización de la autoevaluación en la página del REPS (* en la actualización para la vigencia 2018 se realizó el 22 de diciembre de 2017)	HUMANOS	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	1/12/2018	31/01/2019
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	Realizar oportunamente ___ informes de 2193 Realizar oportunamente ___ informes de circular unica	No. De Informes enviados oportunamente/ total de informes de obligatorio cumplimiento	1- Presentar informe de los indicadores de calidad del Decreto 2193 en la Página del SIHO	HUMANOS	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	SEMESTALMENTE	SEMESTALMENTE
				2- Presentar en la Secretaría Departamental de Salud el informe y seguimiento a los indicadores del Directo 2193/04, Resolución 743/13 y Resolución 256/16 en los tiempos estipulados por el Conograma de la SDS	HUMANOS	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	TRIMESTRALMETE	TRIMESTRALMETE
				3- Enviar en los tiempos establecidos a la Gerencia las bases para subir a la plataforma pisis los indicadores de la Resolución 256/16	HUMANOS	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	SEMESTALMENTE	SEMESTALMENTE
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	MR1 Disminuir el 10% de eventos adversos asociados a caídas de pacientes, úlceras por presión (UPP) y administración de medicamentos	Eventos adversos asociados a caídas de pacientes, úlceras por presión y administración de medicamentos / Total eventos adversos reportados en el periodo *100	Participar en las capacitaciones relacionadas con temas de seguridad del paciente definidas en el cronograma de inducción y reinducción, PIC institucional. . Hacer seguimiento trimestral a la adherencia de: Protocolo para la prevención de caídas, Guía para la prevención de úlceras por presión y de administración de medicamentos. Formación de multiplicadores de la cultura de seguridad del paciente.	Material educativo y/o didáctico	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	ene-18	dic-18
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos un 80% los paquetes instruccionales priorizados (infecciones asociadas a la atención en salud, garantizar atención segura binomio madre-hijo, prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad manejo de sangre y componentes a la transfusión sanguínea, mejorar seguridad de procedimientos quirúrgicos, detectar, prevenir y reducir el riesgo asociado a la atención en salud)	Paquetes instruccionales priorizados implementados / Total paquetes instruccionales priorizados para la ESE	Hacer seguimiento bimestral a la implementación de los paquetes instruccionales priorizados (7 metas internacionales en seguridad del paciente)	Solicitar según el paquete instruccional 1 persona encargada de las acciones educativas dirigidas al paciente, familia y comunidad.	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	feb-18	nov-18
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos un 80% el programa de identificación del paciente	Sumatoria de evaluación de identificación de pacientes en rondas de seguridad en servicios internación urgencias / Total Rondas de seguridad programadas en internación y urgencias.	Socialización de instructivo de identificación de usuario. Medir adherencia al instructivo de identificación de usuario.	Material educativo y/o didáctico	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	ene-18	dic-18
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Aumentar a por lo menos el 90% la aplicación del protocolo de Londres sobre los eventos adversos reportados	Eventos adversos a los que se le aplicó protocolo de Londres /total Eventos adversos reportados	Capacitación a líderes de áreas asistenciales en la aplicación de la herramienta - Protocolo de Londres.	Material educativo y/o didáctico	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	ene-18	dic-18
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Haber implementado los programas en por lo menos un 80%	No. de programas de vigilancia tecnológica implementados en el período/ Total programas de Vigilancia aprobados	Implementar herramienta de evaluación de la ejecución de cada uno de los subprogramas que integran el programa de seguridad del paciente. Seguimiento a la implementación semestralmente.	herramienta digital	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	feb-18	dic-18
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar seguimiento mensual a los planes de mejora generados de auditorías internas y externas.	Seguimientos realizados/total seguimientos programados	Solicitar por correo institucional las evidencias de cada una de las oportunidades de mejora radicadas en la oficina asesora de calidad de los planes de mejora.	Software, talento humano,	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	1/03/2018	1/12/2018
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Consolidar el 100% de los planes de mejora derivados de auditorías externas e internas en la herramienta PAMEC.	Matriz Elaborada	Consolidar en la matriz de Gestión De Oportunidades Y Acciones De Mejoramiento GMC-CA-FO-96, Versión 3 GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO los planes de mejora radicados en la oficina asesora de calidad y enviados al correo institucional.pamec@bus.gov.co	Software, talento humano	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	1/03/2018	1/12/2018

PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar seguimiento trimestral a la ejecución de los 3 niveles de mejoramiento institucional	Numero de seguimientos realizados a cada uno de lo equipos de mejoramiento institucional	Consolidación de los informes reportados.	Información suministrada por la coordinadora de acreditación	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	01/03/2018	01/12/2018
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento sobre las oportunidades de mejor priorizadas por Acreditación.	Número de oportunidades de mejora ejecutadas/total de oportunidad de mejora priorizadas	Realizar seguimiento a la información/evidencias cargadas al SIPA de las oportunidades de mejora priorizadas.	Software, talento humano	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	01/03/2018	01/12/2018
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Brindar asesoría mínimo 90% de las solicitudes de creación, actualización, eliminación, adopción y/o adaptación de los documentos, con el objetivo de apoyar y fortalecer la etapa de enfoque en gestión por procesos del sistema unico de acedtitación.	Numero de solicitudes atendidas en el periodo / Numero de solicitudes recibidas en el periodo	Ajustar los documentos y/o formatos que requieran crearse, actualizarse o adaptarse, a la plantilla institucional establecida.	Dos (2) Profesionales Universitarios (Ingenieros Industriales)	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Enero de 2018	Diciembre de 2018
				Revisar el contenido de los documentos y/o formatos que requieran crearse, actualizarse o adaptarse, conforme a los parámetros establecidos en la guía de elaboración y control de documentos y a los lineamientos institucionales.		Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Enero de 2018	Diciembre de 2018
				Realizar un control de documentos permanente, que permite conocer: el estado de las solicitudes, el número de documentos existentes y el estado de la documentación		Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Enero de 2018	Diciembre de 2018
				Actualizar los listados maestros de la institución, cada vez que se cree, actualice, adopte, adapte o elimine un documento o formato.		Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Enero de 2018	Diciembre de 2018
				Alimentar el plan de trabajo con enfoque en acreditación de cada uno de los procesos y subprocesos, cada vez que se cree, actualice, adopte, adapte o elimine un documento o formato.		Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Enero de 2018	Diciembre de 2018
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Ejecutar al 100% el programa anual de auditorias internas correspondientes a la Gestión por Procesos	Numero de auditorias ejecutadas en el periodo / Numero de auditorias programadas en el periodo	Definir el programa de auditorias internas correspondientes a la Gestión por Procesos, en el cual se identifique el objetivo, los procesos y subprocesos a auditar y el cronograma de ejecución de cada una.	Dos (2) Profesionales Universitarios (Ingenieros Industriales con curso de Auditor Interno)	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Enero de 2018	Enero de 2018
				Definir las listas de chequeo a aplicar, de cada una de las auditorias programadas a los procesos de la institución.		Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Febrero de 2018	Octubre de 2018
				Ejecutar las auditorias internas correspondientes a la Gestión por Procesos, de acuerdo al cronograma establecido dentro del programa anual de auditorias.		Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Febrero de 2018	Octubre de 2018
				Elaborar informe de las auditorias internas correspondientes a la Gestión por Procesos, de acuerdo al cronograma establecido dentro del programa anual de auditorias.		Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Febrero de 2018	Diciembre de 2018
				Asistir a las socializaciones y talleres que se programen para la preparación de la autoevaluación cualitativa y cuantitativa, redacción de fortalezas y oportunidades de mejora, así como la formulación del plan de mejora.	Humanos y técnicos	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Según programación	
				Consolidar los documentos soportes de los estándares y/o criterios de acreditación que comprometen a los diferentes subprocesos de la Oficina de Calidad (Seguridad del paciente, Gestión Ambiental, Gestión por Procesos, Indicadores, Tecnovigilancia, Comités, Auditorias) en medio magnético como evidencias del logro alcanzado en la implementación de los planes de mejora. (Fortalezas).	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Según programación		
				Participar activamente de las sesiones programadas para las autoevaluaciones de cada uno de los equipos según el listado de integrantes convocados.	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Según programación		
				Realizar la redacción de fortalezas, oportunidades de mejoramiento para cargarlas a la herramienta tecnológica disponible y cargue de los soportes de las evidencias de las fortalezas según corresponda al grupo de estándares.	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Posterior a la autoevaluación		

PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar autoevaluación en forma anual de acreditación (analizar y estudiar cada uno de los estándares u comparar contra ellos el desempeño organizacional, evaluándolo tanto en su enfoque como en su implementación y resultados).	Resultado autoevaluación con un puntaje superior a 2.0	Priorizar las oportunidades de mejora de acuerdo a la metodología y orientación definida por el equipo asesor.	Humanos y técnicos	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Posterior a la autoevaluación	
				Redactar las acciones de mejora en ciclo PHVA definiendo las barreras de mejoramiento, las fechas de inicio-fin y responsable de ejecutar la acción.		Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Definidos en el Plan de Mejora	Definidos en el Plan de Mejora
				Implementar durante la vigencia el Plan de Mejora con enfoque de Acreditación de los estándares de Mejoramiento Continuo de la Calidad y de los estándares responsables los Profesionales de la Oficina Asesora de Calidad.		Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Enero a Noviembre 2018	Enero a Noviembre 2018
				Realizar el seguimiento y certificación del avance de las acciones de mejoramiento de los Planes de Acreditación por parte del Profesional Especializado II PAMEC.		Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Enero a Noviembre 2018	Enero a Noviembre 2018
				Gestionar y elaborar informe semestral de seguimiento de cumplimiento de la estructura del Mejoramiento Continuo de la ESE HUS (Tercer Nivel: Equipo de Mejoramiento Institucional, Segundo Nivel: Equipos de Autoevaluación y Primer Nivel: Grupos Primarios)		Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	Julio de 2018	ene-19

**PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



<b>AÑO DE VIGENCIA</b>		2018							
<b>PROCESO RESPONSABLE</b>				GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO-ATENCIÓN AL USUARIO					
<b>NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO</b>				MYRIAM FANNY ANAYA MARTINEZ					
<b>CARGO LIDER DEL PROCESO</b>				JEFE OFICINA ASESORA DE CALIDAD					
CODIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL

PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Garantizar la participación de la alianza de usuarios en por lo menos 3 actividades de planeación como son el direccionamiento estratégico, la rendición de cuentas y el seguimiento a la ejecución del plan de desarrollo	IR2.Actividades de planeación realizadas con participación de alianza de usuarios y/o Veedores. (Actualización direccionamiento estratégico, Rendición de Cuentas, seguimiento Plan Desarrollo)	Convocar mediante llamadas telefónicas, voz a voz, avisos en Carteleras o correos electrónicos (según dispongan los usuarios de la alianza) a participar en las reuniones programadas. Lugar: Sala de Juntas de Infraestructura o que esté disponible. Fechas: 1. Reunión 26 de enero de 2018 Tema: Socialización de Plan de Desarrollo. 2. Reunión 23 de Febrero de 2018 Tema: Solicitud de informe de obra del servicio de urgencias. 3. Tema: Por definir para el Tercer Viernes de Marzo o Último viernes de julio de 2018. Es posible que se realicen reuniones extraordinarias, solicitadas por los miembros de la alianza. Contar con la participación de un representante de la Oficina de Desarrollo Institucional en 3 reuniones con la alianza de usuarios.	Espacio físico, equipos audiovisuales	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	ene-18	dic-18
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Realizar por lo menos seis (6) reuniones con alianza de usuarios Realizar tres (3) socializaciones a la alianza de usuarios sobre temas de interés definidos por la alianza de Usuarios	IR1. N° de actividades documentadas realizadas de participación ciudadana / N° de actividades planeadas de participación ciudadana.	La alianza de usuarios realizará la reunión en el mes de enero de 2018 y programará la agenda de reuniones del año 2018 Lugar: Auditorio de Infraestructura o lugar disponible, así: 1 reunión 26 de enero de 2018 2. Último viernes de febrero. 3. Tercer viernes de marzo, 4. Último viernes de Mayo 5. último viernes de Julio 6. Último Viernes de Septiembre de 2018; en caso de no realizarse algunas de las fechas es posible reprogramar.	Espacio físico, equipos audiovisuales	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	ene-18	nov-18
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Aumentar a por lo menos el 80% el porcentaje de satisfacción del usuario	IR2. Porcentaje de Satisfacción de usuarios	Realizar socialización sobre temas específicos de interés para la alianza, invitando al funcionario líder del tema teniendo en cuenta la agenda del año 2018. Reunión 26 de enero de 2018 Tema: Socialización de Plan de Desarrollo. 2. Reunión 23 de Febrero de 2018 Tema: Solicitud de informe Participar y socializar en reunión del mes enero de 2018 en el comité de calidad el porcentaje de satisfacción actual, presentando plan de mejora para mejorar como estrategia que permitirá auditar y mejorar el porcentaje	Funcionarios de otras dependencias, remisión de oficios	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	ene-18	dic-18
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Implementar 4 acciones de enfoque diferencial para la población usuaria de los servicios de la ESE HUS	IR2. Acciones de Enfoque diferencial implementadas / acciones de Enfoque diferencial programadas	1. Verificación de usuarios víctimas de conflicto armado. 2. Expedición del documento reconociendo a la víctima como soporte al área de facturación 3. Identificación de ventanillas de atención preferencial en los servicios ambulatorios 4. Enviar requerimiento a la administración para la vinculación de funcionario con formación en salud con experiencia en manejo de personas en situación de discapacidad en instituciones de salud de Bucaramanga, para que realice educación en lengua de señas a los funcionarios HUS, acompañamiento a los usuarios durante la atención, atención de pacientes, registro a plataforma de personas en situación de discapacidad, entre otras, según necesidad	Funcionarios de otras dependencias, espacio físico,	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	ene-18	mar-18
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Implementar 4 acciones de enfoque diferencial para la población usuaria de los servicios de la ESE HUS	IR2. Acciones de Enfoque diferencial implementadas / acciones de Enfoque diferencial programadas	1. Verificación de usuarios víctimas de conflicto armado. 2. Expedición del documento reconociendo a la víctima como soporte al área de facturación 3. Identificación de ventanillas de atención preferencial en los servicios ambulatorios 4. Enviar requerimiento a la administración para la vinculación de funcionario con formación en salud con experiencia en manejo de personas en situación de discapacidad en instituciones de salud de Bucaramanga, para que realice educación en lengua de señas a los funcionarios HUS, acompañamiento a los usuarios durante la atención, atención de pacientes, registro a plataforma de personas en situación de discapacidad, entre otras, según necesidad	línea telefónica, internet, documentos personales, formatos fofysga, computador, impresora, Personal	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	ene-18	dic-18
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Reducir la proporción de quejas por maltrato del total de quejas, dejando su participación en un porcentaje inferior al 35%.	IR1 Quejas por mal trato y todas aquellas manifestaciones de los usuarios relacionadas con la falta de humanización	1. Enviar a todas las dependencias, la información consolidada con soporte de la queja, cuando se presente mes a mes. 2. Todas las dependencias que reciben reporte de quejas, deberán implementar acciones que permitan mejorar y emitir respuesta en tiempos de ley. 3. Enviar mes a mes los resultados de encuesta de satisfacción a Recursos físicos, para revisión de resultados de confort. 4. Enviar oficio a control interno cuando se necesite intervención en caso de no tener respuesta por parte de las dependencias	Quejas presentadas por cualquier medio, equipos, internet, Personal.	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	ene-18	dic-18
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Aumentar al 85% el porcentaje de satisfacción relacionada con el Confort, en áreas de atención y espera para los acompañantes permanentes.	IR2 Porcentaje de satisfacción a preguntas de la encuesta de satisfacción relacionadas con Confort en el acceso, áreas de atención y de espera Comodidad para los acompañantes permanentes.	Realizar adecuación a la encuesta de satisfacción contemplando el servicio de alimentación	Formatos de encuestas, funcionarios, equipo de sistemas, software, impresora, internet.	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	ene-18	dic-18
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Realizar una capacitación sobre procesos de atención humanizada	IR3 Cumplimiento de las estrategias de capacitación que fomenten procesos de atención humanizados	Socialización en procesos de inducción sobre deberes y derechos de los usuarios cuando seamos convocados por talento humano, o por la oficina de convenio docencia servicio.	Equipos audiovisuales, funcionario, internet.	Calidad	Jefe Oficina Asesora de Calidad Profesionales	ene-18	dic-18

**PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



ANO DE VIGENCIA 2018

PROCESO RESPONSABLE MISIONAL  
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO ALVARO GÓMEZ TORRADO  
CARGO LIDER DEL PROCESO SUBGERENTE DE SERVICIOS DE ALTO COSTO

CODIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Priorizar 1 un programa de atención integral y desarrollarlo con ERP	Pacientes con cáncer inscritos en el Programa de atención integral desarrollado para pacientes con cáncer / total pacientes con cáncer	Desarrollar el Programa de atención integral a pacientes con cáncer.	Recuso Humano	Subgerencia de Alto Costo	Subgerente Alto Costo	1/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros.	Incrementar en un 2% los ingresos por venta de servicios de alta complejidad	Valor facturado acumulado bimestral del servicio vig anterior / Valor facturado acumulado bimestral servicio vig actual	Ofertar y vender el servicio de Braquiterapia a entidades de salud Externas Incrementar el Número de cubículos de UCI Adultos	Recuso Humano Calibraciones Fuentes de Iridio Equipos Medicos (fletcher)	Gerencia Subgerencia Alto Costo	Gerente Subgerente Alto Costo	1/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.	Vender un 2% de los servicios en la vigencia por la estrategia de redes	Total de venta de servicios mediante mecanismos de RED/Total de venta de servicios	Realizar la venta del servicio de Braquiterapia	Recuso Humano Calibraciones Fuentes de Iridio Equipos Medicos (fletcher)	Gerencia Subgerencia Alto Costo	Gerente Subgerente Alto Costo	1/02/2018	31/12/2018
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	IR2. Postulación para la acreditación con puntaje autoevaluación acreditación > o = 3,0	Elaborar, socializar e implementar las acciones de mejora que garanticen resultado mayor igual a 2.0 en la autoevaluación de estándares vigencia 2018	Oficina de Calidad y Acreditación	Gerencia Grupo de Acreditación Subgerencia Alto Costo	Gerente Subgerente Alto Costo Grupo de Acreditación	1/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos 80% los paquetes instruccionales priorizados (infecciones asociadas a la atención en salud; garantizar atención segura binomio madre-hijo, prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad manejo de sangre y componentes a la transfusión sanguínea, mejorar seguridad de procedimientos quirúrgicos, detectar, prevenir y reducir el riesgo asociado a la atención en salud)	R3. mejoramiento procesos asistenciales (gestión del riesgo)	Implementar en no menos del 80% los paquetes instruccionales priorizados aplicables para la subgerencia de Alto Costo (Reducir riesgo de atención al paciente crítico, sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos, infecciones asociadas a la atención en salud). Socializar cada dos meses las guías de práctica clínica del ministerio, guías de práctica clínica internacionales y bases de datos escalas de valoración de medición del riesgo para pacientes en general y escalas medicas específicas relacionadas con las patologías.	Coordinación Médica y Coordinación de Enfermería en las UCIS	Subgerencia Alto Costo Unidad de gestión de Seguridad del Paciente	Subgerente Alto Costo Unidad de gestión de Seguridad del Paciente	1/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Verificar que por lo menos el 90% del personal que realiza actividades dentro de los convenios docente asistenciales cuentan con formación de postgrado en docencia o experiencia de mínimo 3 años en actividades docentes, académicas o de investigación expedidas por instituciones de educación superior	IR 1 certificación que demuestre que las personas que realizan actividades de docencia cuentan con formación de postgrado en docencia o experiencia de mínimo 3 años en actividades docentes, académicas o de investigación expedidas por instituciones de educación superior	Garantizar la verificación mediante la solicitud de los soportes del cumplimiento de los requisitos de formación académica y pedagógica para los funcionarios que estén cobijados en el marco de docencia y servicios.	Coordinación Médica de los servicios de UCIS, Unidad de Quemados, Unidad de Oncología y Radioterapia	Gerencia Subgerencia Alto Costo Líder de Convenio Docencia e Investigación	Gerente Subgerente Alto Costo Líder de Convenio Docencia e Investigación	1/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	MR1 Disminuir el 10% de eventos adversos asociados a caídas de pacientes, úlceras por presión (UPP) y administración de medicamentos	No. De Guías socializadas en el trimestre/ Total de Guías Eventos adversos reportados sobre caídas de pacientes, úlceras por presión UPP y administración de medicamentos / total eventos adversos del Servicio	Garantizar trimestralmente la socialización de las caídas de pacientes, úlceras por presión UPP y administración de medicamentos Realizar mensualmente monitorización y seguimiento a los eventos adversos presentados	Coordinación Médica y Coordinación de Enfermería en las UCIS	Subgerencia Alto Costo Unidad de seguridad del Paciente Subgerencia Enfermería Farmacia	Subgerente Alto Costo Unidad de seguridad del Paciente Farmacia	1/02/2018	31/12/2018
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	Cumplir en un 80% con el plan de mantenimiento vigente	IR2. Áreas que requieren mantenimiento intervenidas / total de áreas que requieren mantenimiento.	Solicitar el plan de mantenimiento de los servicios de la subgerencia de Alto Costo a la oficina competente para realizar mensualmente la respectiva verificación del cumplimiento.	Coordinación Médica de los servicios de UCIS, Unidad de Quemados, Unidad de Oncología y Radioterapia	Subgerencia Alto Costo Subgerencia Administrativa y Financiera Mantenimiento	Subgerente Alto costo Subgerente Administrativa y Financiera y Profesional Universitario de Mantenimiento	1/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos un 80% el programa de identificación del paciente	IR4. Efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	1-Colocar las manillas institucionales de identificación según aplique a cada paciente que de la UCIA. 2-Verificación constante al cumplimiento de esta actividad.	Coordinación Médica de los servicios de UCIS, Unidad de Quemados. Manillas Institucionales.	Subgerencia Alto Costo Unidad de Seguridad del Paciente Líder de Área	Subgerente Alto costo Unidad de Seguridad del Paciente Líder de cada servicio	1/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Elaborar diagnóstico en los servicios priorizados (urgencias, pediatría, oncología y sala partos) sobre privacidad y confort de la infraestructura	IR1. Diagnóstico por servicio sobre privacidad y confort de la infraestructura	Realizar diagnóstico cada tres meses a los servicios de Cuidado Intensivo Pediátrico y Adultos, Unidad de Quemados, Unidad de Oncología y Radioterapia, priorizando los equipos biomédicos, la privacidad y el confort de usuarios a fin de contar con área para sala de espera adecuadamente instalada que permita comunicación privada entre el personal y los familiares	Coordinación Médica y Coordinación de Enfermería Oficina Planta física Biomedica	Subgerencia Alto Costo Calidad Grupo de Humanización Ambiente Físico	Subgerente Alto Costo Jefe Oficina Calidad Grupo de Humanización Profesional Universitario servicios básicos Profesional Universitario Tecnovigilancia	1/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Reducir la proporción de quejas por maltrato del total de quejas, dejando su participación en un porcentaje inferior al 35%	N° de quejas por maltrato/N total de quejas recibidas todas aquellas manifestaciones de los usuarios relacionadas con la falta de humanización	Socialización cada tres meses los temas correspondientes a humanización con el personal de los servicios de Cuidado Intensivo Pediátrico y Adultos, Unidad de Quemados, Unidad de Oncología y Radioterapia	Coordinación Médica y Coordinación de Enfermería	Subgerencia Alto Costo Calidad Talento Humano Grupo de Humanización	Subgerente Alto Costo Jefe Oficina de Calidad Jefe Talento Humano Grupo de Humanización	1/02/2018	31/12/2018

PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL





ANO DE VIGENCIA	2018
-----------------	------

PROCESO RESPONSABLE	SUBGERENCIA APOYO DIAGNÓSTICO
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	SIGIFREDO FONSECA GONZALEZ
CARGO LIDER DEL PROCESO	SUBGERENTE DE APOYO DIAGNÓSTICO

CODIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Gestionar la participación de la ESE HUS en proyectos de redes de iniciativa del Cluster de salud	(No. de proyectos de redes de iniciativa clúster de salud en los que se participo en la vigencia/Total proyectos de iniciativa clúster de salud existentes)*100	1. Elaborar y presentar el proyecto de enfermedades huérfanas que incluye infraestructura física, dotación de equipos y recurso humano y financieros. 2. Fortalecer diagnóstico FISH para tumores sólidos	proyecto de enfermedades huérfanas, recursos financieros (por determinar).	Subgerencia de apoyo Diagnóstico	Subgerente Apoyo Diagnóstico	01/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	MR1. Disminuir el 10% de eventos adversos asociados a caídas de pacientes, úlceras por presión (UPP) y administración de medicamentos	((100 -(Eventos adversos asociados a ( caídas de pacientes- úlceras por presión-administración de medicamentos/ total eventos adversos) *100))	Realizar capacitación semestral sobre las guías tasa de caídas, UPP, reporte de seguridad en la administración de medicamentos a los diferentes servicios de la Subgerencia Apoyo Diagnóstico	talento humano-enfermería	Subgerencia de apoyo Diagnóstico	Subgerente Apoyo Diagnóstico Unidad de Seguridad del Paciente	01/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos un 80% los paquetes instruccionales priorizados (infecciones asociadas a la atención en salud, garantizar atención segura binomio madre-hijo, prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad manejo de sangre y componentes a la transfusión sanguínea, mejorar seguridad de procedimientos quirúrgicos, detectar, prevenir y reducir el riesgo asociado a la atención en salud)	(Paquetes instruccionales priorizados implementados por servicio / Total paquetes instruccionales priorizados para la ESE ) *100	1- Aplicar encuesta de conocimiento de transfusion al personal medico. 2. Programar capacitacion semestral al personal medico y enfermeria sobre transfusion segura. 3. Realizar seguimiento periódico a las transfusiones en la institucion. 4. Realizar reporte, investigacion y analisis de incidentes y eventos relacionados con la transfusion y aplicacion de hemocomponentes.	Talento humano	Subgerencia de apoyo Diagnóstico	Subgerente Apoyo Diagnóstico Unidad de Seguridad del Paciente Lider Hemocentro	01/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos un 80% el programa de identificación del paciente	Estrategias implementadas en el Programa de Identificación del Paciente/ Total estrategias del Programa de Identificación del Paciente	Realizar capacitacion en identificacion segura semestral en los diferentes servicios adscritos a la Subgerencia	Talento humano - enfermería	Subgerencia de apoyo Diagnóstico	Subgerente Apoyo Diagnóstico Unidad de Seguridad del Paciente Lideres servicios Apoyo Diagnóstico	01/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Verificar que por lo menos el 90% del personal que realiza actividades dentro de los convenios docente asistenciales cuentan con formación de postgrado en docencia o experiencia de mínimo 3 años en actividades docentes, académicas o de investigación expedidas por instituciones de educación superior	(Personal docente que cumple con el perfil/Total personal docente)*100	Revisar las hojas de vida verificando si se determina el perfil del profesional para garantizar el cumplimiento del convenio docente-asistencial	Talento humano	Subgerencia de apoyo Diagnóstico	Subgerente Apoyo Diagnóstico Lider convenio docencia servicio Lideres servicios Apoyo Diagnóstico	01/02/2018	31/12/2018/
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	realizar autoevaluación de habilitación	(Autoevaluación de habilitación realizadaS en los servicios/ Total servicios ESE HUS)*100	1. Realizar la verificación de los estándares de habilitación de los servicios de la Subgerencia de Apoyo Diagnóstico 2. Implementar los planes de mejora adscritos a los resultados de la verificación	Subgerencia de apoyo diagnostico - calidad	Subgerencia de apoyo Diagnóstico	Subgerente Apoyo Diagnóstico Lideres servicios Apoyo Diagnóstico	01/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Identificar, gestionar las acciones y evaluación del riesgo de los procesos asistenciales	Pruebas de cariogenia validadas / Total pruebas de cariogenia	Validación y puesta en marcha de las pruebas de cariogenia en el laboratorio especial de Hemtaología	Humano Financiero	Subgerencia de apoyo Diagnóstico Profesional Especializado Laboratorio Especial de Hematología	Subgerencia de apoyo Diagnóstico Profesional Especializado Laboratorio Especial de Hematología	01/06/2018	31/12/2018
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	Participar activamente en la elaboración del proyecto de construcción y arquitectura de la Nueva ubicación del Laboratorio Clínico con las adecuaciones pertinentes en todas las áreas	Laboratorio Clínico adecuado	Solicitar a recursos físicos información acerca de los planes existentes de la nueva planta física proyectada para el laboratorio Clínico y de esta forma revisar y ajustar de acuerdo a las necesidades actuales de las diferentes áreas del servicio de laboratorio clínico, enfocadas en dar cumplimiento con el proceso de acreditación que se adelanta en nuestra institución.	Humano Financiero	Subgerencia de apoyo Diagnóstico Laboratorio Clínico	Subgerencia de apoyo Diagnóstico Profesional Laboratorio Clínico	01/02/2018	31/12/2018
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	IR2. Postulación para la acreditación con puntaje autoevaluación acreditación > o = 3,0	1. Elaborar, socializar e implementar las acciones de mejora que garanticen resultado mayor igual a 2.0 en la autoevaluación de estándares vigencia 2018	Humano Financiero	Subgerencia de apoyo Diagnóstico	Subgerente Apoyo Diagnóstico Calidad Lideres servicios Apoyo Diagnóstico	01/02/2018	31/12/2018

PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Version 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA		2018							
MACROPROCESO RESPONSABLE				MISIONALES					
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL MACROPROCESO				JURG NIEDERBACHER VELASQUEZ					
CARGO LIDER DEL MACROPROCESO				SUBGERENTE MUJER E INFANCIA					
CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD-1	Mejorar la integralidad y resoluntividad en la prestación de los servicios de salud	1. Priorizar un programa de atención integral y desarrollarlo con EMPRESAS RESPONSABLES DE PAGO (ERP)	(Número de programas de atención integral desarrollados con ERP/Total programas de atención integral planeados para implementar con ERP)*100	1. Priorizar un programa de atención integral y desarrollarlo con ERP (Ej: Madre canguro, )	Recursos Humanos Recursos Financieros	Subgerencia Mujer e Infancia	Subgerente Mujer e Infancia	1/01/2018	31/12/2018
PD-2	Mejorar la integralidad y resoluntividad en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos un 80% los paquetes instruccionales priorizados (garantizar atención segura binomio madre-hijo, prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad manejo de sangre y componentes a la transfusión sanguínea, mejorar seguridad de procedimientos quirúrgicos, detectar, prevenir y reducir el riesgo asociado a la atención en salud)	(Paquetes instruccionales priorizados implementados por servicio / Total paquetes instruccionales priorizados para la ESE )*100	1. Implementar paquetes instruccionales priorizados aplicables a la Subgerencia de Mujer e Infancia	Recursos Humanos	Gerencia Subgerencia Mujer e Infancia	Subgerente Mujer e Infancia Unidad Seguridad del Paciente	1/01/2018	31/12/2018
				2. Socializar las Guías y protocolos institucionales pertenecientes a la Subgerencia Mujer e Infancia	Recursos Humanos	Gerencia Subgerencia Mujer e Infancia	Subgerente Mujer e Infancia	1/01/2018	31/12/2018
				3. Presentar propuesta de la Unidad Intensivo Neonatal en el piso 10 del HUS	Recursos Humanos Recursos Financieros	Gerencia Subgerencia Mujer e Infancia	Subgerente Mujer e Infancia	1/01/2018	31/12/2018
				4. Realizar la planeación de la unidad de hematología pediátrica 10 piso	Recursos Humanos Recursos Financieros	Gerencia Subgerencia Mujer e Infancia	Subgerente Mujer e Infancia	1/01/2018	31/12/2018
				5. Definir estrategias para la mejora de la Facturación y triage de Ginocobstetricia y Pediatría	Recursos Humanos	Gerencia Subgerencia Mujer e Infancia	Subgerente Mujer e Infancia	1/01/2018	31/12/2018
				6. Implementar estrategias de Atención Humanizada de la Mujer Gestante desde el Ingreso hasta el Egreso	Recursos Humanos	Gerencia Subgerencia Mujer e Infancia	Subgerente Mujer e Infancia Grupo de Humanización	1/01/2018	31/12/2018
				7. Crear el área de prealta acondicionada en el Piso 11	Recursos Humanos Recursos Financieros	Gerencia Subgerencia Mujer e Infancia	Subgerente Mujer e Infancia	1/01/2018	31/12/2018
				8. Establecer el proceso de atención de Cesarias programadas	Recursos Humanos	Gerencia Subgerencia Mujer e Infancia	Subgerente Mujer e Infancia	1/01/2018	31/12/2018
PD-3	: Mejorar la integralidad y resoluntividad en la prestación de los servicios de salud	Elaborar proyectos que oriente las acciones para incorporar nuevas especialidades medicas acreditadas	No de Proyectos nueva especialidades medicas acreditadas	1. Gestionar con la UIS para desarrollar nuevas Especializaciones ( Ej:Neonatalogia, Maestria Materno fetal)	Recursos Humanos Recursos Financieros	Subgerencia Mujer e Infancia	Subgerente Mujer e Infancia	1/01/2018	31/12/2018
PD-4	: Mejorar la integralidad y resoluntividad en la prestación de los servicios de salud	Implementar los programas en por lo menos un 80%	IR3. % implementación de los 4 programas de vigilancia tecnológica (Tecno vigilancia, Reactivo vigilancia, Hemo vigilancia, Farmacovigilancia)	1. documentar los programas con actividades anuales 2. hacer capacitación del personal de las areas donde se desarrolla el programa 3. implementar los programas 4. hacer seguimiento al cumplimiento de los mismos	Recursos Humanos Recursos Financieros	Subgerencia Mujer e Infancia	Subgerente Mujer e Infancia	1/01/2018	31/12/2018
PD-5	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	Resultado autoevaluación con un puntaje superior a 2.0	1. Elaborar, socializar e implementar las acciones de mejora que garanticen resultado mayor igual a 2.0 en la autoevaluación de estándares vigencia 2018	1. Recursos Humanos	Subgerencia Mujer e Infancia	Subgerente Mujer e Infancia	1/01/2018	31/12/2018
PD-6	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Incluir capacitación en agenda de acreditación que cubra por lo menos el 60% de las personas que realizan actividades en la institución	N° de personas que recibieron la capacitación/ N° de personas planeadas para la capacitación	1. Participación y Socialización de actividades de acreditación de al menos del 60% del personal perteneciente a la Subgerencia Mujer e Infancia	1. Recursos Humanos	Subgerencia Mujer e Infancia	Gerencia Subgerente Mujer e Infancia Grupo de Acreditación	1/01/2018	31/12/2018
PD-7	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada	Cumplir en un 80% con el plan de mantenimiento vigente	Áreas intervenidas / total de áreas que requieren mantenimiento.	1. Socializar y ejecutar el plan de mantenimiento	1. Recursos Humanos	Subgerencia Mujer e Infancia	Subgerente Mujer e Infancia Profesional Mantenimiento	1/01/2018	31/12/2018
				2. Hacer seguimiento al cumplimiento del plan de mantenimiento vigente				1/01/2018	31/12/2018

**PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Version 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



PROCESO RESPONSABLE	SUBGERENCIA SERVICIOS DE ENFERMERIA
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	HELDA CECILIA AMAYA DIAZ
CARGO LIDER DEL PROCESO	SUBGERENTE SERVICIOS DE ENFERMERIA

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Aumentar a por lo menos el 90% el porcentaje de satisfacción del usuario	(No. de Usuarios satisfechos del periodo/Total Usuarios atendidos)*100	1. Capacitar a los ejecutores de Enfermería, Auxiliatura de Enfermería, Mensajería Asistencial y Traslado Intrainstitucional - Camilleros, en atención al cliente..	* Talento humano experto en el tema y con los medios requeridos para el respectivo desarrollo (Valor no cuantificado).	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Talento Humano y Empresa Contratista	Febrero de 2018	Diciembre de 2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Reducir la proporción de quejas por maltrato del total de quejas, dejando su participación en un porcentaje inferior al 35%.	(Quejas por maltrato vigencia actual * 100/ total quejas presentadas por la vigencia anterior)	1. Reportar a la empresa contratista los PQRS presentados por maltrato a los usuarios, por parte de los ejecutores de los procesos de Enfermería, Auxiliatura de Enfermería, Mensajería Asistencial y Traslado Intrainstitucional - Camilleros.	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	SIAU - Subgerente Servicios de Enfermería	Enero de 2018	Diciembre de 2018
				2. Realizar investigación, seguimiento e implementación de planes de acción para la disminución de los Factores por maltrato a los usuarios por parte de los ejecutores de los procesos de enfermería, auxiliatura de enfermería, Mensajería Asistencial y Traslado Intrainstitucional - Camilleros por parte de la empresa contratista.	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Enfermera asignada a Humanización, Subgerente Servicios de Enfermería y Empresa Contratista	Enero de 2018	Diciembre de 2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Aumentar al 70% el porcentaje de satisfacción relacionada con el Confort, en áreas de atención y espera para los acompañantes permanentes.	(Usuarios encuestados sobre confort en el acceso, áreas de atención y de espera/ Total Usuarios servicio)+100	1. Realizar el diagnóstico de las necesidades informadas por los usuarios en las visitas de humanización referente a la satisfacción relacionada con el confort, áreas de atención y espera para los acompañantes permanentes.	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Líder equipo de Humanización y su equipo	Mayo de 2018	Junio de 2018
				2. Priorizar las necesidades informadas por los usuarios.	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Líder equipo de Humanización y su equipo	Julio de 2018	Agosto de 2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Realizar una capacitación sobre procesos de atención humanizada	(Capacitaciones realizadas de atención humanizada/Total capacitaciones programadas de atención Humanizada)+100	1. Realizar una capacitación de atención humanizada a los ejecutores de Enfermería, Auxiliatura de Enfermería, Mensajería Asistencial y Traslado Intrainstitucional - Camilleros que no hayan participado en la actividad mencionada.	* Talento humano experto en el tema y con los medios requeridos para el respectivo desarrollo (Valor no cuantificado).	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Comité de Educación de Enfermería y Subgerente Servicios de Enfermería	Febrero de 2018	Diciembre de 2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Elaborar diagnóstico en los servicios priorizados (urgencias, pediatría, oncología y sala partos) sobre privacidad y confort de la infraestructura	Servicios a los que se le realizó diagnóstico sobre privacidad y confort de la infraestructura/ Total servicios priorizados	1. Realizar el diagnóstico de las necesidades de privacidad y confort de los servicios priorizados e informar a las áreas responsables de ejecutarlas.	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Líder equipo de Humanización y su equipo	Abril de 2018	Julio de 2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	MR1 Disminuir el 10% de eventos adversos asociados a caídas de pacientes, úlceras por presión (UPP) y administración de medicamentos	IR1 tasa de caídas, UPP, reporte de seguridad en la administración de medicamentos	1. Revisar las línea base de los eventos adversos (Caídas, Úlceras por presión y Administración de Medicamentos).	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Unidad de Gestión en Seguridad del Paciente y Subgerente Servicios de Enfermería	Mayo de 2018	Junio de 2018
				2. Realizar socialización y evaluación a todos los ejecutores de los procesos de enfermería y auxiliatura de enfermería en el protocolo ENF-PT-19 Protocolo cuidado de enfermería para la persona con riesgo de caídas y la Guía ENF-GU-04 Guía cuidados para la persona con riesgo de úlcera por presión y/o riesgo de deterioro de la integridad tisular/factores de riesgo: Mecánicos (fuerzas de presión, fricción y/o cizallamiento).	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Comité de Educación de Enfermería	Febrero de 2018	Diciembre de 2018
				3. Elaborar, aprobar y realizar implementación del protocolo administración segura de medicamentos.	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Comité de protocolos de Enfermería	Febrero de 2018	Diciembre de 2018
				4. Revisar en los diferentes servicios y unidades la existencia de los insumos requeridos para el cumplimiento de Protocolo cuidado de enfermería para la persona con riesgo de caídas y la Guía ENF-GU-04 Guía cuidados para la persona con riesgo de úlcera por presión y/o riesgo de deterioro de la integridad tisular/factores de riesgo: Mecánicos (fuerzas de presión, fricción y/o cizallamiento).	Valor no cuantificado	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Comité de calidad del cuidado de Enfermería	Febrero de 2018	Diciembre de 2018
				5. Realizar medición y seguimiento a la adherencia de protocolo ENF-PT-19 Protocolo cuidado de enfermería para la persona con riesgo de caídas y la Guía ENF-GU-04 Guía cuidados para la persona con riesgo de úlcera por presión y/o riesgo de deterioro de la integridad tisular/factores de riesgo: Mecánicos (fuerzas de presión, fricción y/o cizallamiento).	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Comité de calidad del cuidado de Enfermería	Marzo de 2018	Septiembre de 2018
				6. Realizar el plan de Mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados tendientes a la disminución de los eventos adversos, en conjunto con la empresa contratista.	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Coordinadores y Subgerencia de Enfermería	Septiembre de 2018	Noviembre de 2018
				1. Socializar y evaluar el instructivo de identificación de usuarios a los ejecutores de Enfermería, Auxiliatura de Enfermería, Mensajería Asistencial y Traslado Intrainstitucional - Camilleros. Nueva Versión.	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Comité de Educación de Enfermería	Mayo de 2018	Julio de 2018

PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos un 80% el programa de identificación del paciente	Estrategias implementadas en el Programa de Identificación del Paciente/ Total estrategias del Programa de Identificación del Paciente	2. Revisar en los diferentes servicios y unidades la existencia de los insumos requeridos para el cumplimiento del instructivo de identificación del paciente	Valor no cuantificado	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Ejecutores de los procesos de Enfermería y Auxiliatura de Enfermería	Julio de 2018	Diciembre de 2018
				3. Implementar en los diferentes servicios de la ESE HUS, el instructivo de identificación del paciente.	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Comité de calidad del cuidado de Enfermería	Julio de 2018	Diciembre de 2018
				4. Realizar medición de la adherencia al cumplimiento del instructivo de identificación del paciente.	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Comité de calidad del cuidado de Enfermería	Agosto de 2018	Diciembre de 2018
				5. Elaborar y cumplir los planes de acción de acuerdo a los hallazgos encontrados.	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Coordinadores y Subgerencia de Enfermería	Septiembre de 2018	Diciembre de 2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Elaborar proyecto que oriente las acciones para obtener reconocimiento nacional o internacional sobre las investigaciones de salud que realice el HUS	No de Proyectos presentados para obtener reconocimiento nacional o internacional sobre investigaciones que realice el HUS	1. Presentar la propuesta de conformación del grupo de investigación de enfermería	Valor no cuantificado (Recurso Humano: Tiempo completo de Enfermera)	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Subgerente Servicios de Enfermería	Febrero de 2018	Diciembre de 2018
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	IR2. Postulación para la acreditación con puntaje autoevaluación acreditación > o = 3.0	1. Realizar autoevaluación como líder de PACAS Hospitalario.	Valor no cuantificado	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Subgerente Servicios de Enfermería	Febrero de 2018	Diciembre de 2018
		Obtener resultado mayor a 2.0 en la autoevaluación de acreditación del cuarto ciclo	N° de autoevaluación de acreditación realizada / N° de autoevaluación de acreditación planeada	1. Participar activamente en el cuarto ciclo de autoevaluación como líder de PACAS Hospitalario y seguimiento a los planes de acción.	Valor no cuantificado (Recurso Humano: Médico y Ingeniero Industrial).	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Subgerente Servicios de Enfermería	Enero de 2018	Diciembre de 2018
PD	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.	Realizar inducción por lo menos al 90% del personal que ingrese a la institución	Número de colaboradores que recibieron inducción / número de trabajadores que ingresaron en el período	1. Reportar a la empresa contratista los ejecutores de los procesos que no han cumplido con el procedimiento de inducción.	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Subgerencia Servicios de Enfermería y Comité de Educación de Enfermería	Abril de 2018	Diciembre de 2018
PD	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la	Diseñar e implementar en por lo menos un 70% estrategias para la reducción del costo operativo y gasto administrativo buscando la eficiencia de los recursos	N° de estrategias implementadas / N° de estrategias planificadas	1. Realizar seguimiento a la ejecución de las frecuencias contratadas y presentar informe al área respectiva.	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Subgerencia Servicios de Enfermería	Enero de 2018	Diciembre de 2018
				2. Realizar auditorías para la verificación del soporte de administración de medicamentos y dispositivos biomédicos en historia clínica y formular planes de acción de acuerdo a los resultados encontrados	No aplica	Subgerencia de Servicios de Enfermería	Auditora Concurrente de Enfermería	Marzo de 2018	Diciembre de 2018

**PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



<b>AÑO DE VIGENCIA</b>	2018
------------------------	------

<b>PROCESO RESPONSABLE</b>	<b>SERVICIO DE URGENCIAS-INTERNACIÓN</b>
<b>NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO</b>	Rafael Castellanos Bueno
<b>CARGO LIDER DEL PROCESO</b>	<b>SUBGERENTE DE SERVICIOS MEDICOS</b>

CÓDIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD1	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Realizar capacitación sobre procesos de atención humanizada	Número De Capacitaciones realizadas en el año / Total de capacitaciones planeadas en el semestre sobre atención humanizada Personal asistente en atención humanizada / Total personal ejecutor adscrito al Servicio de Urgencias	*Realizar capacitación anual a los ejecutores de los procesos del Servicio de Urgencias sobre proceso de atención humanizada. *Realizar capacitación de atención humanizada periódicamente de acuerdo a la rotación de personal presentada en el servicio.	Humanos	Subgerencia de Servicios Médicos	Lady Rodríguez Burbano Grupo de Humanización	feb-18	ene-19
PD2	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos un 90% el programa de identificación del paciente en el servicio de urgencias y medicina interna	Número de pacientes del servicio identificados con manilla blanca / Número total de pacientes en el servicio	Identificar los pacientes en observación y hospitalización en urgencias con manilla blanca Verificar aleatoriamente que Admisiones este haciendo y confirmando la identificación del paciente	Profesional del Servicio de Urgencias Profesional Internación	Subgerencia de Servicios Médicos	Lady Rodríguez Burbano Comité de calidad	feb-18	ene-19
---	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la	Disminuir el 10% de eventos adversos asociados a: administración de medicamentos. caídas de pacientes	Número del evento adversos en el periodo / Historico del evento adverso	Garantizar trimestralmente la socialización de inconvenientes por administración de medicamentos las caídas de pacientes y úlceras por presión UPP.	Coordinación Médica v de enfermería	Subgerencia de Servicios	Lady Rodríguez Burbano		

PD3	Mejorar la prestación de los servicios de salud	Minimización de medicamentos, caídas de pacientes y úlceras por presión UPP en el servicio de Medicina Interna	Capacitaciones de guías de administración de medicamentos caídas pacientes, úlceras por presión UPP / Total capacitaciones planeadas	*Socialización y capacitación al personal asistencial y al personal que ingresa al servicio. *Reporte mensual de los eventos presentados. *Con apoyo de la Universidad Industrial de Santander medir la adherencia de las guías	Observación médica y de enfermería del Servicio de Medicina Interna en piso	Subgerencia de Servicios Médicos	Comité de educación	feb-18	ene-19
-----	---	--	--	---	---	----------------------------------	---------------------	--------	--------

**PLAN DE ACCIÓN**  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



ANO DE VIGENCIA	2018
-----------------	------

PROCESO RESPONSABLE	SUBGERENCIA DE SERVICIOS QUIRURGICOS
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	JUAN PAULO SERRANO PASTRANA
CARGO LIDER DEL PROCESO	SUBGERENTE DE SERVICIOS QUIRURGICOS

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Reducir la proporción de quejas por maltrato del total de quejas, dejando su participación en un porcentaje inferior al 35%.	IR1 Quejas por maltrato y todas aquellas manifestaciones de los usuarios relacionadas con la falta de humanización	Incentivar y motivar la educación continuada sobre humanización en los grupos primarios mediante capacitaciones y charlas educativas. Realizar actividades de convivencia intrainstitucional	Recuso humano	Subgerencia Servicios Quirúrgicos Grupo de Humanización	Subgerente Servicios Quirúrgicos Grupo de Humanización	1/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Aumentar al 70% el porcentaje de satisfacción relacionada con el Confort, en áreas de atención y espera para los <b>acompañantes permanentes</b> .	IR2 Porcentaje de satisfacción a preguntas de la encuesta de satisfacción relacionadas con Confort en el acceso, áreas de atención y de espera Comodidad para los acompañantes permanentes.	Aumentar el número de sillas tanto en los servicios de observación como hospitalización así como en sitios de espera de los paciente. Mejorar las condiciones ambientales en los sitios señalados anteriormente. Mejorar la señalización de atención y espera	Recurso fisico Oficina de comunicaciones SIAU	Subgerencia Servicios Quirúrgicos	Subgerente Servicios Quirúrgicos	1/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Realizar una capacitación sobre procesos de atención humanizada	IR3 Cumplimiento de las estrategias de capacitación que fomenten procesos de atención humanizados	Incentivar y motivar la educación continuada sobre humanización en los grupos primarios mediante capacitaciones y charlas educativas. Promoción de actividades de convivencia intrainstitucional	Recuso humano	Subgerencia Servicios Quirúrgicos Grupo de Humanización	Subgerente Servicios Quirúrgicos Grupo de Humanización	1/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	MR1 Disminuir el 10% de eventos adversos asociados a caídas de pacientes, úlceras por presión (UPP) y administración de medicamentos	IR1 tasa de caídas, UPP, reporte de seguridad en la administración de medicamentos	Socializar al personal asistencial vigente y al personal que ingresa nuevo al servicio las diferentes guías de tasa de Caídas, UPP y reporte de seguridad en la administración de medicamentos Realizar monitorización los eventos de caídas, úlceras por presión y eventos diarios Reportar a la Unidad de Seguridad del Paciente mensualmente los eventos presentados para su control y seguimiento	Coordinación Medica y de enfermería en servicio de Hospitalización de cirugía y especialidades quirúrgicas	Subgerencia Servicios Quirúrgicos Seguridad del Paciente	Subgerente Servicios Quirúrgicos Grupo Seguridad del Paciente	1/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos un 80% los paquetes instruccionales priorizados (infecciones asociadas a la atención en salud, garantizar atención segura binomio madre-hijo, prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad manejo de sangre y componentes a la transfusión sanguínea, mejorar seguridad de procedimientos quirúrgicos, detectar, prevenir y reducir el riesgo asociado a la atención en salud)	IR3. mejoramiento procesos asistenciales (gestión del riesgo)	Implementar los paquetes instruccionales priorizados para la subgerencia de Servicios Quirúrgicos (Reducir riesgo de atención al paciente crítico, sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos, infecciones asociadas a la atención en salud) Socializar cada dos meses las guías de práctica clínica del ministerio, guías de práctica clínica internacionales y bases de datos escalas de valoración de medición del riesgo para pacientes en general y escalas medicas específicas relacionadas con las patologías	Coordinación Médica y Coordinación de Enfermería en los servicios de hospitalización del área quirúrgicas y subespecialidades quirúrgicas	Subgerencia Servicios Quirúrgicos Seguridad del Paciente	Subgerente Servicios Quirúrgicos Grupo Seguridad del Paciente	1/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos un 80% el programa de identificación del paciente	IR4. Efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Implementar en los servicios de la Subgerencia de quirúrgicos el programa de Identificación del Paciente Revisar que los datos de identificación de los pacientes señalados en las camas o camillas correspondan realmente a los datos del paciente. Implementar acciones de Mejoramiento continuo para las observaciones encontradas	Profesional del servicio de Hospitalización del área quirúrgica y especialidades quirúrgicas	Subgerencia Servicios Quirúrgicos	Subgerente Servicios Quirúrgicos	1/02/2018	31/12/2018
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	realizar autoevaluación de habilitación	IR1. Certificación de habilitación	Realizar rondas de Seguridad programadas por la oficina de Calidad realizando los respectivos planes de mejora de acuerdo a los hallazgos obtenidos durante la visita Ejecutar los planes de mejora productos de la visita de Habilitación realizados por la Oficina de calidad en la Subgerencia Quirúrgicos	Oficina de Calidad- Coordinadores medicos y de enfermería de servicios de urgencias	Subgerencia Servicios Quirúrgicos Calidad	Subgerente servicios Quirúrgicos Jefe Oficina de Calidad	1/02/2018	31/12/2018
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	IR2. Postulación para la acreditación con puntaje autoevaluación acreditación > o = 3,0	Asistir a las diferentes convocatorias por parte de la Gerencia, Calidad y grupo de Acreditación sobre las actividades programadas para el proceso de Acreditación de la ESE. Participar en la autoevaluación del ciclo de Mejoramiento de la vigencia 2018.	Oficina de Calidad	Gerencia	Gerente	1/02/2018	31/12/2018

**PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



<b>AÑO DE VIGENCIA</b>	2018
------------------------	------

<b>PROCESO RESPONSABLE</b>	Desarrollo
<b>NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO</b>	Joanna Patricia Palencia Ramirez
<b>CARGO LIDER DEL PROCESO</b>	Jefe Oficina Desarrollo Institucional

CODIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión	Publicar en la página WEB cuatro (4) reportes del plan anticorrupción y atención al ciudadano en la vigencia	(Reportes anticorrupción publicado en el año / Total 4 reportes del Plan Anticorrupción y atención al ciudadano)*100	1. Actualizar plan anticorrupción 2. Actualizar y publicar mapa de riesgos del Plan Anticorrupción 3. Publicar en página WEB 4 seguimientos al plan anticorrupción	Talento Humano	Desarrollo Institucional	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	ene-01	dic-31
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Garantizar la participación de la alianza de usuarios en por lo menos 3 actividades de planeación como son el direccionamiento estratégico, la rendición de cuentas y el seguimiento a la ejecución del plan de desarrollo	(Actividades realizadas con participación de alianza de usuarios / 3 actividades de Participación de la alianza de usuarios planeadas en la vigencia 2018)*100	1. Apoyar al SIAU en la elaboración de la base de datos de usuarios que puedan ser parte de la alianza de usuarios. 2. Invitar a los miembros de las alianzas de usuarios conformadas por las EPS y la propia del HUS, a participar en las actividades planteadas. 3. Revisar normatividad sobre alianzas y coordinar agenda de trabajo con las mismas.	Talento Humano	Desarrollo Institucional	Profesional Universitario SIAU Jefe Oficina Desarrollo Institucional	ene-01	dic-31
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión	Realizar un evento de rendición de cuentas.	1 Rendición de cuentas realizadas	1. Elaborar proyecto de rendición de cuentas siguiendo metodología del DAFP. 2. Realizar evento de rendición de cuentas	Financieros : 3'500.000	Desarrollo Institucional	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	ene-01	abr-30
PD	Mejorar la integridad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Gestionar la participación de la ESE HUS en proyectos de redes de iniciativa del Clúster de salud	(No. de proyectos de redes de iniciativa clúster de salud en los que se participo en la vigencia/Total proyectos de iniciativa clúster de salud existentes)*100	1. Participar en al menos 1 de los proyectos de iniciativa clúster	Talento Humano	Desarrollo Institucional	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	feb-01	dic-31
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Implementar 3 de los trámites identificados, para realizar en línea a través de la página WEB	(Trámites implementados en Página WEB/ Total trámites HUS Identificados)*100	De acuerdo a lo establecido por el comité Antitrámites se le dará prioridad a los Trámites que se subirán a la página del SUIT durante el año 2018, después se harán los respectivos paso a paso para subir estos trámites a dicha página.	Recursos Tecnológicos Humano	Desarrollo Institucional	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	ene-01	dic-31
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	IR2. Postulación para la acreditación con puntaje autoevaluación acreditación > o = 3,0	Elaborar, socializar e Implementar las acciones de Mejora que garanticen resultado mayor o igual a 2,0 en la autoevaluación de estándares vigencia 2018	Talento Humano	Desarrollo Institucional	Jefe Oficina Desarrollo Institucional Grupo de Acreditación	ene-01	dic-31
PD	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.	Fortalecer la comunicación asertiva y trabajo en equipo, generando identidad y sentido de pertenencia	Número de estrategias de comunicación implementadas/Total Estrategias de comunicación planteadas	Documentar el Plan de comunicaciones de la ESE que incluya las diferentes estrategias de comunicación en los diferentes niveles de comunicación organizacional.	Talento Humano	Desarrollo Institucional	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	ene-01	dic-31

**PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



<b>AÑO DE VIGENCIA</b>	2018
------------------------	------

PROCESO RESPONSABLE	SUBGERENCIA DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPEUTICO / CONSULTA EXTERNA
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	GUILLERMO GOMEZ MOYA
CARGO LIDER DEL PROCESO	SUBGERENTE DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPEUTICO

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Realizar una capacitacion sobre procesos de atencion humanizada	(Capacitaciones realizadas de atención humanizada/Total capacitaciones programadas de atención Humanizada) X 100	Capacitacion al personal del servicio sobre el trato humanizado	Equipo de humanizacion de la ESE HUS.	Talento Humano Equipo de Humanización	LUZ MERY BUENAHORA	1/03/2018	31/10/2018
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar Autoevaluacion de Habilitación	(# de hallazgos del Servicio de Consulta Externa subsanados / total de hallazgos reportados del Servicio de Consulta Externa) x 100	Realizar seguimiento al cumplimiento de los Planes de Mejoramiento establecidos	Enfermera del servicio de cosulta externa	Calidad	LUZ MERY BUENAHORA	1/02/2018	31/10/2018
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Cumplir con el cronograma de capacitaciones de Acreditación establecido por el Equipo Asesor	(Numero de capacitaciones a las cuales se asiste / Total de capacitaciones programadas ) x 100	Hacer seguimiento a las convocatorias de capacitación de Acreditación y asistir a ellas	Enfermera Jefe Servicio Consulta Externa Equipo Asesor	Gerencia	JEFE MONICA RODRIGEZ	1/02/2018	31/12/2018
		Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	N° de autoevaluación de acreditación realizada / N° de autoevaluación de acreditación planeada	Hacer seguimiento a la convocatoria de Autoevaluación de Acreditación y asistir a ellas	Enfermera Jefe Servicio Consulta Externa Equipo Asesor	Gerencia	JEFE MONICA RODRIGEZ	1/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Aumentar a por lo menos el 80% el porcentaje de satisfaccion del usuario	(Numero de usuarios encuestados que manifiestan estar satisfechos / Total de encuestas realizadas a usuarios del Servicio de Consulta Externa) X 100	Seguimiento mensual al resultado de la encuesta de satisfacción, con el fin de realizar los ajustes necesarios según ls desviaciones encontradas	Enfermera del servicio de cosulta externa	Subgerencia servicios Ambulatorios y Apoyo Terapeútico	Subgerente servicios Ambulatorios y Apoyo Terapeútico Enfermera Consulta Externa SIAU	1/02/2018	31/10/2018

**PLAN DE ACCIÓN**  
GDI-PL-FO-03, Version 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



ANO DE VIGENCIA	2018
-----------------	------

PROCESO RESPONSABLE	SUBGERENCIA DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPEUTICO / FARMACIA
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	GUILLERMO GOMEZ MOYA
CARGO LIDER DEL PROCESO	SUBGERENTE DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPEUTICO

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Realizar una capacitación sobre procesos de atención humanizada	(Numero de Asistentes a la capacitacion de Derechos y Deberes/ Numero total de personal de Farmacia) x 100	Capacitación del personal del servicio farmacéutico en: 1- deberes y derecho de los pacientes.	1 Químico Farmacéutico 2 Personal de la Oficina de Calidad	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapeútico Farmacia	Profesional Universitario de Farmacia, Talento Humano y Calidad	1/03/2018	31/12/2018
			(Numero de Asistentes a la capacitacion de Humanizacion/ Numero total de personal de Farmacia) x 100	2) Humanización de la atención al momento de dispensar medicamentos y dispositivos médicos	1 Químico Farmacéutico 2 Personal de la Oficina de Calidad	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapeútico Farmacia	Profesional Universitario de Farmacia, Talento Humano y Calidad	1/03/2018	31/12/2018
			(Numero de Asistentes a la capacitacion de Seguridad del Paciente/ Numero total de personal de Farmacia) x100	3) Seguridad del paciente con el fin de disminuir el riesgo de sufrir un evento adverso durante la atención en salud	1 Químico Farmacéutico 2 Personal de la Oficina de Calidad	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapeútico Farmacia	Profesional Universitario de Farmacia, Talento Humano y Calidad	1/03/2018	31/12/2018
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Cumplir con el cronograma de capacitaciones de Acreditación establecido por el Equipo Asesor	(Numero de capacitaciones a las cuales se asiste / Total de capacitaciones programadas ) x 100	Hacer seguimiento a las convocatorias de capacitación de Acreditación y asistir a ellas	Equipo del Servicio Farmaceutico	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapeútico Farmacia	Subgerente Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapeútico Profesional Universitario de Farmacia	1/02/2018	31/12/2018
		Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	(N° de autoevaluación de acreditación realizada / total de autoevaluación de acreditación planeada) x 100	Hacer seguimiento a la convocatoria de Autoevaluación de Acreditación y asistir a ella	Equipo del Servicio Farmaceutico	Gerencia Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapeútico Farmacia	Subgerente Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapeútico Profesional Universitario de Farmacia	1/02/2018	31/12/2018

PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos un 80% los paquetes instruccionales priorizados (mejorar la seguridad en la utilización de los medicamento) para garantizar atención segura detectar, prevenir y reducir el riesgo asociado a la atención en salud)	(Numero de Capacitaciones de farmacovigilancia realizadas/ total de capacitaciones de farmacovigilancia Programadas) X 100	Verificación del cumplimiento del cronograma de farmacovigilancia para los diferentes servicios de la ESE HUS	Quimico Farmacéutico	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Farmacia	Profesional Universitario de Farmacia Jefe Oficina Asesora de calidad	1/03/2018	31/12/2018
			(Numero de asistencia a Rondas de Seguridad/ Numero de Rondas de Seguridad programadas) x100	2)Participación en Ronda de Seguridad del Paciente	Quimico Farmacéutico	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Farmacia	Profesional Universitario de Farmacia Jefe Oficina Asesora de calidad	1/03/2018	31/12/2018

**PLAN DE ACCIÓN  
GDI-PL-FO-03, Version 3**



AÑO DE VIGENCIA	2018
-----------------	------

PROCESO RESPONSABLE	SUBGERENCIA DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPEUTICO / NUTRICION
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	GUILLERMO GOMEZ MOYA
CARGO LIDER DEL PROCESO	SUBGERENTE DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPEUTICO

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Aumentar a por lo menos el 80% el porcentaje de satisfacción del cliente externo	(Sumatoria de respuestas de criterios de satisfacción referentes a nutrición que manifiestan estar satisfechas / Total de respuestas en los criterios referentes a nutrición) X 100	1. Realizar análisis de los resultados de satisfacción de los usuarios hospitalizados.	1 Encuestas 2 Personal del SIAU para aplicación de la encuesta a los pacientes hospitalizados.	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Nutrición	Profesional Universitario de Nutrición, Talento Humano y Calidad	1/02/2018	1/12/2018
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Obtener resultado de medicion de satisfaccion del cliente interno superior al >80%	(Sumatoria de respuestas de criterios de satisfacción al cliente interno que manifiestan estar satisfechas / Total de respuestas) X 100	1. Realizar análisis de los resultados de la Encuesta de Satisfacción del Cliente Interno	1 Encuestas 2 Profesional de Calidad. 3 Personal del SIAU encargado de la aplicación de encuestas al cliente interno.	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Nutrición	Profesional Universitario de Nutrición, Talento Humano y Calidad	1/03/2018	1/12/2018
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar Autoevaluación de Acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	(Asistencia a reuniones convocadas por el Equipo de Acreditación donde se requiere la participación del Servicio de Nutrición / Total de reuniones convocadas donde se requiere la asistencia del Servicio de Nutrición) x100	Elaborar, socializar e implementar las acciones de mejora que garanticen un resultado mayor o igual a 2.0, en la autoevaluación de estándares de la vigencia 2018	Equipo del Servicio de Nutrición y Dietética	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Nutrición	Profesional Universitario de Nutrición, Talento Humano y Calidad	1/02/2018	31/12/2018
			Participación en la Autoevaluación obteniendo puntaje superior a 2.0		Equipo del Servicio de Nutrición y Dietética			1/02/2018	31/12/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos un 80% los paquetes instruccionales priorizados (prevención de la malnutrición o desnutrición hospitalaria) para detectar, prevenir y reducir el riesgo asociado a la atención en salud	Número de actividades implementadas del paquete instruccional número 15 relacionado con Nutrición Clínica / Total de actividades relacionadas con Nutrición Clínica*100	Implementar en un 80% el paquete instruccional número 15 relacionado con el componente nutricional.	Nutricionistas Asistenciales	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Nutrición	Subgerente Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Profesional Universitario de Nutricion - Seguridad del Paciente	1/04/2018	1/12/2018
					Nutricionistas Asistenciales			Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Nutrición	1/04/2018

					Nutricionistas Asistenciales	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Nutrición	Subgerente Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Profesional Universitario de Nutricion - Seguridad del Paciente	1/04/2018	1/12/2018
--	--	--	--	--	------------------------------	---	--	-----------	-----------

**PLAN DE ACCIÓN**  
GDI-PL-FO-03, Versión 3  
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA 2018

PROCESO RESPONSABLE	SUBGERENCIA DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPEUTICO / REHABILITACION
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	GUILLERMO GOMEZ MOYA
CARGO LIDER DEL PROCESO	SUBGERENTE DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPEUTICO

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	RECURSOS	DEPENDENCIA	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	CRONOGRAMA	
								FECHA INICIO	FECHA FINAL
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	(No de usuarios encuestados que manifiestan estar satisfechos con el servicio de rehabilitación/total de encuestas realizadas a usuarios de l servicio de rehabilitación)/X 100	Seguimiento mensual al resultado de la encuesta de satisfacción con el fin de realizar los ajustes necesarios según las desviaciones encontradas	Personal SIAU, Coordinación del área de Rehabilitación	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Rehabilitación	Profesional Rehabilitación Talento Humano y Calidad	1/06/2018	31/12/2018
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	(# de hallazgos del Servicio de Rehabilitación subsanados / total de hallazgos reportados del Servicio de Rehabilitación) x 100	Realizar seguimiento al cumplimiento de los Planes de Mejoramiento establecidos	Coordinación y Profesionales de la Unidad de Rehabilitación	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Rehabilitación	Profesional Rehabilitación y Calidad	1/02/2018	31/10/2018
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	(Numero de capacitaciones a las cuales se asiste / Total de capacitaciones programadas ) x 100	Hacer seguimiento a las convocatorias de capacitación de Acreditación y asistir a ellas	Coordinación y Profesionales de la Unidad de Rehabilitación	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Rehabilitación	Profesional Rehabilitación y Calidad	1/02/2018	31/12/2018
			(N° de autoevaluación de acreditación realizada / N° de autoevaluación de acreditación planeada) x 100	Elaborar, socializar e implementar las acciones de mejora que garanticen un resultado mayor o igual a 2.0, en la autoevaluación de estándares de vigencia 2018	Coordinación y Profesionales de la Unidad de Rehabilitación	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Rehabilitación	Profesional Rehabilitación y Calidad	1/02/2018	31/12/2018
PD	Implementación de los paquetes instruccionales priorizados para el área de Rehabilitación	Implementación de los paquetes instruccionales priorizados para el área de Rehabilitación	(Numero de personal capacitado en en área de rehabilitación/Total del personal de rehabilitación) X100	Realizar capacatación al personal en paquetes instruccionales	Coordinación y Terapeutas de la Unidad de Rehabilitación	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Rehabilitación	Profesional Rehabilitación, Seguridad del paciente y Calidad	1/03/2018	30/07/2018
			(No de evaluaciones que evidencian adherencia a los paquetes / total de evaluaciones aplicadas) X 100	Realizar evaluación de la adherencia a los paquetes instruccionales	Coordinación y Terapeutas de la Unidad de Rehabilitación	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Rehabilitación	Profesional Rehabilitación, Seguridad del paciente y Calidad	1/03/2018	30/11/2018
PD	Capacitar al personal de Rehabilitación sobre procesos de atención humanizada	Capacitar al personal de Rehabilitación sobre procesos de atención humanizada	(Capacitaciones realizadas de atención humanizada/Total capacitaciones programadas de atención Humanizada) x 100	Capacitación al personal del servicio sobre el trato humanizado.	Coordinación y Terapeutas de la Unidad de Rehabilitación	Subgerencia Servicios Ambulatorios y ApoyoTerapéutico Rehabilitación	Profesional Rehabilitación, Grupo de Humanización	1/03/2018	31/10/2018

