

				Formación de multiplicadores de la cultura de seguridad del paciente.	ene-18	dic-18					En el mes de Abril se realizó capacitación sobre seguridad del paciente a los líderes e integrantes de los grupos de acreditación.							
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 discapacidad magna.	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)	feb-18	nov-18	Se realizó listas de chequeo con estándares a cumplir en cada buena practica, reunion con cada uno de los líderes de las buenas practicas y se establecieron acciones a desarrollar para la implementación de las siete buenas practicas priorizadas.	Profesional especializado de apoyo Seguridad del paciente y Enfermera especialista de apoyo Seguridad del paciente	85,71	25%	Actas re reuniones realizadas con los líderes de las buenas practicas.	Avance de cumplimiento de lista de chequeo por paquete instruccional UPP: 74% Caidas: 74% Medicamentos: 53% Prevención de infecciones 70,4% Cirugia Segura: 65%	Se hizo verificación a la medición de adherencia a la guía para la prevención y manejo de UPP realizada en el mes de Junio por la subgerencia de enfermería. Se hizo medición en 14 servicios obteniendo un puntaje general cuantitativo de 85.36 y cualitativo de BUENO	Profesional especializado de apoyo Seguridad del paciente y Enfermera especialista de apoyo Seguridad del paciente	100%	50%	Informe de auditoría Guía cuidados para la persona con riesgo de úlceras por (fuerzas de presión, fricción y/o cizallamiento)	
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	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.	ene-18	dic-18	El instructivo se envió a subgerencia de enfermería (comité de calidad) y educación de enfermería para revisión de evaluación de conocimiento. Está en espera recibir respuesta para dar inicio a la socialización del mismo.	Profesional especializado de apoyo Seguridad del paciente y Enfermera especialista de apoyo Seguridad del paciente	91,025	25%	Correos enviados a enfermería solicitando la prioridad en la respuesta para dar inicio a la socialización e implementación del protocolo.	Porcentaje de cumplimiento de lista de chequeo de identificación de usuarios: Especialidades Quirúrgicas: 93% Urgencia pediátricas: 95,3% Quirófanos y recuperación: 86% Cirugia General: 88,8%	Se dio inicio a la difusión del instructivo de identificación de paciente a través de la plataforma moodle (aula virtual) con los siguientes resultados del 24 de Mayo al 4 de Julio: 661 colaboradores han leído y presentado la evaluación, con una calificación promedio de 9/10	Profesional especializado de apoyo Seguridad del paciente y Enfermera especialista de apoyo Seguridad del paciente	93,14	50%	Informes de rondas de seguridad del paciente (información que reposa en la oficina de seguridad del paciente)	Porcentaje de cumplimiento de lista de chequeo de identificación de usuarios: Medicina interna 6 piso: 94%, UCIA: 94%, UCIP 97,7%, Urgencias Adultos: 90%, Medicina interna 7 piso: 90%.
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad 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 aplico protocolo de Londres Total Eventos adversos reportados	Capacitación a líderes de áreas asistenciales en la aplicación de la herramienta - Protocolo de Londres.	ene-18	dic-18	Se reportaron 514 Eventos Adversos y fueron analizados con protocolo de Londres 316 en el primer trimestre 2018	Profesional especializado de apoyo Seguridad del paciente y Enfermera especialista de apoyo Seguridad del paciente	61%	25%	Listado de asistencia a los análisis de protocolos de Londres	Se solicitaron a todos los servicios elegir líderes de seguridad del paciente para capacitarlos en seguridad del paciente, reporte y gestión de incidentes y eventos adversos, metodología protocolo de Londres. Se reportaron 483 Eventos Adversos y fueron analizados con protocolo de Londres 249 en el segundo trimestre 2018	Profesional especializado de apoyo Seguridad del paciente y Enfermera especialista de apoyo Seguridad del paciente	52%	50%	Pantallazo de correo enviado a las subgerencias y servicios solicitando los líderes de seguridad del paciente		
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 periodo/ 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.	feb-18	dic-18	Se capacito a los profesionales a cargo de los subprogramas y se envió herramienta por correo electrónico.	Profesional especializado de apoyo Seguridad del paciente y Enfermera especialista de apoyo Seguridad del paciente	80%	25%	Formato de asistencia a la capacitación, correo de invitación a la capacitación y correo de envío de herramienta.	Se envió correo recordando entrega de informe semestral de avance en implementación de los subprogramas que hacen parte de seguridad del paciente.	Profesional especializado de apoyo Seguridad del paciente y Enfermera especialista de apoyo Seguridad del paciente	80%	50%	Pantallazo de correo enviado a los líderes de los subprogramas. Informe del programa de tecnovigilancia	Por ser medición semestral y a la fecha no han entregado la información todos los programas	
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 las oportunidades de mejora radicadas en la oficina asesora de calidad de los planes de mejora.	1/03/2018	1/12/2018	Se realizo seguimiento a los planes de mejora radicados en la Oficina Asesora De Calidad	Profesional Universitario PAMEC	100%	25%	Listados de asistencia Evidencias Recopiladas	Se realizo seguimiento a los planes de mejora de Rondas de Seguridad del Paciente-Incidente-Resolución 2003-EPS ASMET-SALUD radicados en la Oficina Asesora De Calidad.	Profesional Universitario PAMEC	4/4= 100%	2/4= 50%	Listados de asistencia Actas Recopiladas		
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-FD-96, Versión 3 GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO los planes de mejora radicados en la oficina asesora de calidad y enviados al correo institucional pamec@hos.gov.co	1/03/2018	1/12/2018	Sé esta en espera de que por Acreditación se apruebe la matriz de seguimiento para así dar inicio a la consolidación de los planes de mejora.	Profesional Universitario PAMEC	N/A	N/A	N/A	Sé esta en espera de que por Acreditación se apruebe la matriz de seguimiento para así dar inicio a la consolidación de los planes de mejora.	Profesional Universitario PAMEC	2/2=100%	2/4= 50%	Actas de reuniones, listado de asistencia.		
		Realizar seguimiento semestral a la ejecución de los 3 niveles de la Estructura del mejoramiento continuo institucional	Numero de informes realizados de la Estructura del mejoramiento continuo institucional	Informes reportados.	31/07/2018	1/31/2019	Se tiene establecido la entrega del primer informe de seguimiento para el mes de julio de 2018	Coordinador Especializado Acreditación	N/A	N/A		N/A	N/A	Coordinador de Acreditación	N/A	N/A		
		Realizar (3) seguimientos a la ejecución de los planes de mejoramiento sobre las oportunidades de mejor priorizadas por Acreditación.	Número de oportunidades de mejora ejecutadas/total de oportunidades de mejora priorizadas	Realizar seguimiento a la información/evidencias cargadas al SIPA de las oportunidades de mejora priorizadas.	01/03/2018	01/12/2018	Los asesores de CPC SAS están revisando los planes de mejoramiento con los líderes de los grupos de estándares.	Profesional Universitario PAMEC	N/A	N/A			Se realizó el seguimiento a cada uno de los Planes de Mejoramiento de los Grupos de Estándares de Acreditación: Direcciónamiento, Gerencia, Gerencia del Talento Humano, Gerencia de la Información, Gerencia del Ambiente Físico, Gestión de la Tecnología, PACAS, Mejoramiento Continuo de la Calidad. Se revisó la documentación soporte como evidencia del cumplimiento de las acciones en estado COMPLETO. Periodo evaluado Marzo y Abril de 2018.	Profesional Universitario PAMEC	10/24= 8.89%	1/4=25%	Certificación del primer seguimiento socializado en Junta Directiva.	
				Ajustar los documentos y/o formatos que requieren crearse, actualizarse o adaptarse, a la plantilla institucional establecida.	Enero de 2018	Diciembre de 2018	Se ajustaron 25 de 26 solicitudes de documentos y/o formatos presentadas durante el mes de Enero, Febrero y Marzo de 2018 a la plantilla institucional establecida, teniendo en cuenta el tipo de requerimiento (creación, actualización, adaptación adopción y/o eliminación)		96%	25%	* Herramienta de Control de Documentos	Se ajustaron 45 de 48 solicitudes de documentos y/o formatos recibidas durante los meses de Abril, mayo y junio de 2018 a la plantilla institucional correspondiente, teniendo en cuenta el tipo de requerimiento (creación, actualización, adaptación y/o eliminación)		94%	50%	Herramienta de Control de Documentos		
				Revisar el contenido de los documentos y/o formatos que requieren crearse, actualizarse o adaptarse, conforme a los parámetros establecidos en la guía de elaboración y control de documentos y a los lineamientos institucionales.	Enero de 2018	Diciembre de 2018	Se revisó el contenido de los documentos y/o formatos relacionados en 25 de 26 solicitudes presentadas durante el mes de Enero, Febrero y Marzo de 2018 y las cuales requieren crearse, actualizarse, adaptarse y/o adaptarse. La revisión se realizó conforme a		96%	25%	* Herramienta de Control de Documentos	Se revisó el contenido de los documentos y/o formatos relacionados en 45 de 48 solicitudes recibidas durante los meses de abril, mayo y junio, las cuales requieren de creación, actualización, adopción, adaptación y/o eliminación. La revisión se realizó de acuerdo a los parámetros establecidos en la guía de elaboración y control de documentos y a		94%	50%	Herramienta de Control de Documentos		

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, adaptación y/o adaptación de los documentos, con el objetivo de apoyar y fortalecer la etapa de enfoque en gestión por procesos del sistema único de acreditación.	Número de solicitudes atendidas en el periodo / Número de solicitudes recibidas en el periodo	Realizar un control de documentos permanente, que permite conocer el estado de los documentos y el estado de la documentación	Enero de 2018	<p>Se realizó el control de documentos sobre las 26 solicitudes presentadas durante el mes de Enero, Febrero y Marzo de 2018, a través de la herramienta institucional existente.</p> <p>A corte de marzo las solicitudes se encuentran en el siguiente estado: * 22 solicitudes están finalizadas e incluidas dentro del sistema de calidad de la ESE HUS. * 1 solicitud está en proceso, debido a que una vez brindada la asesoría y revisados los documentos por parte de Gestión por Procesos se informó y se hicieron las observaciones respectivas con base en los lineamientos institucionales a los procesos y se está a la espera de recibir las modificaciones para incluirlas dentro del sistema de calidad. * 2 solicitudes están pausadas por los procesos, debido a que estos solicitaron hacer una validación y revisión nuevamente de los documentos. * 1 solicitud está pendiente de modificarse y ajustarse de acuerdo a los lineamientos institucionales.</p> <p>Durante el mes de Enero, Febrero y Marzo de 2018 se actualizó el Listado Maestro de Documentos, Listado Maestro de Documentos Externos, con base a los macroprocesos y procesos definidos y aprobados en Comité de Calidad y Comité de Gerencia.</p> <p>Se realiza la actualización del Listado Maestro de Documentos, Listado Maestro de Formatos y Listado Maestro de Documentos Externos, cada vez que se finaliza una solicitud y se da por aprobado el documento y/o formato.</p> <p>Los documentos incluidos durante el mes de Enero, Febrero y Marzo de 2018 se reflejan en el Listado Maestro de Documentos, Listado Maestro de Formatos y/o Listado Maestro de Documentos Externos, así como en el Control de Documentos, el cual evidencia por mes los documentos que</p>	Profesional Universitario de Apoyo (Gestión por Procesos) - Oficina Asesora de Calidad	100%	25%	* Herramienta de Control de Documentos	<p>Se realizó el respectivo control de documentos sobre las 48 solicitudes recibidas durante los meses de abril, mayo y junio de 2018, a través de la herramienta institucional existente.</p> <p>A corte de 30 de junio de 2018 las solicitudes se encuentran en el siguiente estado: -38 solicitudes están finalizadas e incluidas dentro del sistema de calidad de la ESE HUS. -1 solicitud se encuentra pausada debido a que una vez revisados los documentos con base en los lineamientos institucionales se citó a una persona para dar respuesta a las observaciones realizadas y se está a la espera para realizar las modificaciones respectivas y continuar con el proceso de aprobación. -5 solicitudes están pasadas por los procesos, debido a que una vez revisados los documentos por parte de Gestión por Procesos se informó y se hicieron las observaciones respectivas con base en los lineamientos institucionales y se está a la espera de recibir las modificaciones por parte de los procesos para incluirlas dentro del sistema de calidad. -3 solicitudes están pendientes de realizarse los respectivos ajustes y validaciones.</p> <p>Durante los meses de abril, mayo y junio de 2018 se actualizó el Listado Maestro de Documentos, Listado Maestro de Formatos y Listado Maestro de Documentos Externos, con base a los macroprocesos y procesos definidos y aprobados en Comité de Calidad y Comité de Gerencia.</p> <p>Se realiza la actualización del Listado Maestro de Documentos, Listado Maestro de Formatos y Listado Maestro de Documentos Externos, cada vez que se finaliza una solicitud y se da por aprobado el documento y/o formato.</p> <p>Los documentos incluidos durante los meses de abril, mayo y junio de 2018 se reflejan en el Listado Maestro de Documentos, Listado Maestro de Formatos y Listado Maestro de Documentos Externos, así como en el Control de Documentos, el cual evidencia por mes los documentos que presentaron alguna actualización, información que se socializa en el Comité de Calidad de la ESE HUS.</p>	100%	50%	Herramienta de Control de Documentos	
				Actualizar los listados maestros de la institución, cada vez que se cree, actualice, adopte, adapte o elimine un documento o formato.	Enero de 2018	<p>Se realiza la actualización del Listado Maestro de Documentos, Listado Maestro de Formatos y Listado Maestro de Documentos Externos, cada vez que se finaliza una solicitud y se da por aprobado el documento y/o formato.</p> <p>Los documentos incluidos durante el mes de Enero, Febrero y Marzo de 2018 se reflejan en el Listado Maestro de Documentos, Listado Maestro de Formatos y/o Listado Maestro de Documentos Externos, así como en el Control de Documentos, el cual evidencia por mes los documentos que</p>	Profesional Universitario de Apoyo (Gestión por Procesos) - Oficina Asesora de Calidad	100%	25%	* Listado Maestro de Documentos * Listado Maestro de Documentos Externos * Listado Maestro de Formatos	<p>Se realiza la actualización del Listado Maestro de Documentos, Listado Maestro de Formatos y Listado Maestro de Documentos Externos, cada vez que se finaliza una solicitud y se da por aprobado el documento y/o formato.</p> <p>Los documentos incluidos durante los meses de abril, mayo y junio de 2018 se reflejan en el Listado Maestro de Documentos, Listado Maestro de Formatos y Listado Maestro de Documentos Externos, así como en el Control de Documentos, el cual evidencia por mes los documentos que presentaron alguna actualización, información que se socializa en el Comité de Calidad de la ESE HUS.</p>	100%	50%	Listado Maestro de Documentos Listado Maestro de Documentos Externos Listado Maestro de Formatos	
				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.	Enero de 2018	<p>Durante el mes de Enero, Febrero y Marzo de 2018 se alimentó el plan de trabajo con enfoque en acreditación de acuerdo a los macroprocesos y procesos definidos y aprobados en Comité de Calidad y Comité de Gerencia.</p> <p>Se realiza la actualización de este plan de trabajo con enfoque en acreditación, cada vez que se finaliza una solicitud y se da por aprobado el documento y/o formato.</p>	Profesional Universitario de Apoyo (Gestión por Procesos) - Oficina Asesora de Calidad	100%	25%	* Plan de Trabajo con Enfoque en Acreditación	<p>Durante los meses de abril, mayo y junio de 2018 se alimentó el plan de trabajo con enfoque en acreditación de acuerdo a los macroprocesos y procesos definidos y aprobados en Comité de Calidad y Comité de Gerencia.</p> <p>Se realiza la actualización de este plan de trabajo con enfoque en acreditación, cada vez que se finaliza una solicitud y se da por aprobado el documento y/o formato.</p>	100%	50%	Plan de Trabajo con Enfoque en Acreditación	
				Definir el programa de auditorías 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.	Enero de 2018	<p>Se definió el programa de auditorías internas correspondientes a la Gestión por Procesos vigencia 2018, en el cual se identifica el objetivo, los macroprocesos y procesos a auditar y el cronograma de ejecución de cada una.</p> <p>Para el año 2018 se priorizaron los siguientes 9 macroprocesos sobre los cuales se realizará el procedimiento de auditoría interna de calidad: * Gestión Directiva * Docencia, Investigación e Innovación * Gestión Ambulatoria</p>	Profesional Universitario de Apoyo a Procesos Oficina Asesora de Calidad	100%	25%	* Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad, con enfoque en Gestión por Procesos	<p>El programa anual de auditorías fue definido durante el mes de enero del presente año, priorizando los siguientes 9 macroprocesos sobre los cuales se realizará el procedimiento de auditoría interna de calidad: -Gestión Directiva -Docencia, Investigación e Innovación -Gestión Ambulatoria -Gestión de Servicios de Apoyo Diagnóstico -Gestión de Servicios de Apoyo Terapéutico -Gestión de Ambiente Físico -Gestión Financiera -Gestión Jurídica -Gestión del Control</p>	100%	50%	Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad, con enfoque en Gestión por Procesos	

PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Ejecutar al 100% el programa anual de auditorías internas correspondientes a la Gestión por Procesos	Numero de auditorías ejecutadas en el periodo / Numero de auditorías programadas en el periodo	Definir las listas de chequeo a aplicar, de cada una de las auditorías programadas a los procesos de la institución.	Febrero de 2018	Octubre de 2018	Durante el mes de Enero, Febrero y Marzo de 2018 se tenía programada la auditoría de Gestión Ambulatoria, procesos Consulta Externa, Madre Canguro y Oncología; sobre dicha auditoría se definió la lista de chequeo la cual quedo codificada de la siguiente manera: GMC-CA-FO-38 Formato Lista de Chequeo Gestión Ambulatoria.	Profesional Universitario de Apoyo (Gestión por Procesos) - Oficina Asesora de Calidad	100%	25%	* GMC-CA-FO-38 Formato Lista de Chequeo Gestión Ambulatoria.	Durante los meses de abril, mayo y junio de 2018 se tenía programada la auditoría del macroproceso de Gestión Jurídica, procesos Adquisición de Bienes, Servicios y Obras; y Defensa Judicial y Extrajudicial; para la cual se definió la lista de chequeo correspondiente incluida dentro sistema de calidad de la siguiente manera: GMC-CA-FO-39 Formato Lista de Chequeo Gestión Jurídica.	100%	50%	GMC-CA-FO-39 Formato Lista de Chequeo Gestión Jurídica.	
				Ejecutar las auditorías internas correspondientes a la Gestión por Procesos, de acuerdo al cronograma establecido dentro del programa anual de auditorías.	Febrero de 2018	Octubre de 2018	Durante el mes de Enero, Febrero y Marzo de 2018 se tenía programada la auditoría de Gestión Ambulatoria, procesos Consulta Externa, Madre Canguro y Oncología; dicha auditoría se ejecutó durante el mes de Febrero de 2018.		100%	25%	* GMC-CA-FO-38 Formato Lista de Chequeo Gestión Ambulatoria. * Lista de Asistencia de Consulta Externa * Lista de Asistencia de Oncología * Lista de Asistencia de Madre Canguro	Durante los meses de abril, mayo y junio de 2018 se tenía programada la auditoría del macroproceso de Gestión Jurídica, procesos Adquisición de Bienes, Servicios y Obras; y Defensa Judicial y Extrajudicial; dicha auditoría se ejecutó durante el mes de Mayo.	100%	50%	* GMC-CA-FO-39 Formato Lista de Chequeo Gestión Jurídica * Lista de Asistencia de Adquisición, Bienes, Servicios y Obras * Lista de Asistencia de Defensa Judicial y Extrajudicial.	
				Elaborar informe de las auditorías internas correspondientes a la Gestión por Procesos, de acuerdo al cronograma establecido dentro del programa anual de auditorías.	Febrero de 2018	Diciembre de 2018	Durante el mes de Enero, Febrero y Marzo de 2018 se tenía programada la auditoría de Gestión Ambulatoria, procesos Consulta Externa, Madre Canguro y Oncología; sobre dicha auditoría se elaboró el informe de auditoría dividido en los tres procesos que conforman la Gestión Ambulatoria.		100%	25%	* Informe Final de Auditoría de Consulta Externa * Informe Final de Auditoría de Oncología * Informe Final de Auditoría de Madre Canguro	Durante los meses de abril, mayo y junio de 2018 se tenía programada la auditoría del macroproceso de Gestión Jurídica, procesos Adquisición de Bienes, Servicios y Obras; y Defensa Judicial y Extrajudicial; sobre dicha auditoría esta en proceso la elaboración de los informes de los dos procesos que conforman la Gestión Jurídica.	50%	50%	* Informe Final de Auditoría de Adquisición de Bienes, Servicios y Obras * Informe Final de Auditoría de Defensa Judicial y Extrajudicial	
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 compararlos contra ellos el desempeño organizacional, evaluándolo tanto en su implementación y resultados).	Resultado autoevaluación con un puntaje superior a 2.0	Asistir a las socializaciones y talleres que se programan para la preparación de la autoevaluación cualitativa y cuantitativa, redacción de fortalezas y oportunidades de mejora, así como la formulación del plan de mejora.	Según programación		Las capacitaciones para la preparación para la autoevaluación se darán inicio en el mes de Noviembre de 2018.	Gerencia- Asesores CPC SAS - Coordinador Acreditación	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
				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, Auditorías) en medio magnético como evidencias del logro alcanzado en la implementación de los planes de mejora. (Fortalezas).	Según programación		Cada líder de grupos de estándares debe cargar los soportes de evidencias para cada acción de mejora en estado COMPLETO, en el software SIAP.	Líderes de Grupos de Estándares- Coordinador de Acreditación	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
				Participar activamente de las sesiones programadas para las autoevaluaciones de cada uno de los equipos según el listado de integrantes convocados.	Según programación		Líderes e integrantes de los grupos de estándares	Líderes de Grupos de Estándares- Asesores CPC SAS- Coordinador de Acreditación	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
				Realizar la redacción de fortalezas, oportunidades de mejoramiento para cargarlas a la herramienta tecnológica disponible y cargar de los soportes de las evidencias de las fortalezas según corresponda al grupo de estándares.	Posterior a la autoevaluación		Líderes e integrantes de los grupos de estándares	Líderes de Grupos de Estándares- Asesores CPC SAS- Coordinador de Acreditación	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
				Priorizar las oportunidades de mejora de acuerdo a la metodología y orientación definida por el equipo asesor.	Posterior a la autoevaluación		Líderes e integrantes de los grupos de estándares	Líderes de Grupos de Estándares- Asesores CPC SAS- Coordinador de Acreditación	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
				Redactar las acciones de mejora en ciclo PHVA definiendo las barreras de mejoramiento, las fechas de inicio-fin y responsable de ejecutar la acción.	Definidos en el Plan de Mejora	Definidos en el Plan de Mejora	Líderes e integrantes de los grupos de estándares	Líderes de Grupos de Estándares- Asesores CPC SAS- Coordinador de Acreditación	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

				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.	Enero a Noviembre 2016	Enero a Noviembre 2016	Líderes e integrantes de los grupos de estándares	Lider de Mejoramiento de la Calidad - Profesional PAMEC - Coordinador Acreditación	N/A	N/A	N/A	Profesional Universitario PAMEC	Se realizó el seguimiento a cada uno de los Planes de Mejoramiento de los Grupos de Estándares de Acreditación: Direcciónamiento, Gerencia, Gerencia del Talento Humano, Gerencia de la Información, Gerencia del Ambiente Físico, Gestión de la Tecnología, PACAS, Mejoramiento Continuo de la Calidad. Se revisó la documentación soporte como evidencia del cumplimiento de las acciones en estado COMPLETO. Periodo evaluado Marzo y Abril de 2018.	Profesional Universitario PAMEC	10/24= 8.89%	1/4=25%	Certificación del primer seguimiento socializado en Junta Directiva.
				Realizar el seguimiento y certificación del avance de las acciones de mejoramiento de los Planes de Acreditación por parte del Profesional Especializado II PAMEC.	Enero a Noviembre 2016	Enero a Noviembre 2016	Los planes de mejoramiento que resultaron de la autoevaluación 2017, están siendo revisados por los Asesores CPC	Profesional PAMEC	N/A	N/A	N/A	Profesional Universitario PAMEC	Se realizó el seguimiento a cada uno de los Planes de Mejoramiento de los Grupos de Estándares de Acreditación: Direcciónamiento, Gerencia, Gerencia del Talento Humano, Gerencia de la Información, Gerencia del Ambiente Físico, Gestión de la Tecnología, PACAS, Mejoramiento Continuo de la Calidad. Se revisó la documentación soporte como evidencia del cumplimiento de las acciones en estado COMPLETO. Periodo evaluado Marzo y Abril de 2018.	Profesional Universitario PAMEC	10/24= 8.89%	1/4=25%	Certificación del primer seguimiento socializado en Junta Directiva.
				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)	Julio de 2018	ene-19	Se tiene definido el seguimiento para el mes de julio de 2018	Coordinador de Acreditación	N/A	N/A	N/A	Se tiene establecido la entrega del primer informe de seguimiento para el mes de julio de 2018	Se socializó con los líderes y responsables de los Equipos de Mejoramiento de Segundo y Primer Nivel la herramienta para realizar el seguimiento a la ejecución, cumplimiento de la agenda y asistencia.	Coordinador Especializado Acreditación	N/A	N/A	N/A

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	01 abril a 30 de junio de 2018

MACROPROCESO	GESTION DE CONTROL
PROCESO RESPONSABLE	CONTROL INTERNO
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
CARGO LIDER DEL PROCESO	JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

PLAN DE ACCIÓN				SEGUIMIENTO No. 1								SEGUIMIENTO No. 2						
CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
					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	jun-18	Ene-2019	No aplica para este periodo	Jefe Oficina Control Interno	No aplica para este periodo	0			Se realiza solicitud de avances del plan de mejoramiento de acreditación a la Oficina Asesora de Calidad para iniciar evaluación.	Jefe Oficina Control Interno	No se cuenta con el resultado	5%	Oficio 1400-OCI-0131-2018 SOLICITUD AVANCES PLAN DE MEJORAMIENTO ACREDITACIÓN	
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	Terminar las 3 obras suspendidas de la etapa 1 fase 1, y terminar la obra (1) de subestación eléctrica.	Terminar 2 de las 4 obras priorizadas.	Realizar seguimiento a las acciones tendientes a reactivar las obras de infraestructura suspendidas	may-18	Ene-2019	No aplica para este periodo	Jefe Oficina Control Interno	No aplica para este periodo	0			Se han realizado reuniones con los ingenieros de obra y se solicita informe a 30 de junio de los avances alcanzados en las obras.	Jefe Oficina Control Interno	No se cuenta con el resultado	30%	Oficio 1400-OCI-0132-2018 SOLICITUD INFORME AVANCES DE OBRAS	
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	may-18	Ene-2019	No aplica para este periodo	Jefe Oficina Control Interno	No aplica para este periodo	0			La Subgerencia Administrativa y Financiera tiene proyectado realizar estudio para la determinación de la planta temporal. Se realizó reunión con el ministerio de trabajo seccional santander en donde se manifestó la intención de realizar el estudio de	Jefe Oficina Control Interno	No se cuenta con el resultado	15%	Actas de reunión	
			Porcentaje de cumplimiento del Plan de Formalización Laboral de la ESE HUS	Realizar seguimiento a las actividades programadas en el Plan de Formalización Laboral de la ESE HUS	may-18	Ene-2019	No aplica para este periodo	Jefe Oficina Control Interno	No aplica para este periodo	0		Jefe Oficina Control Interno		0				
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	IR1. Reportes anticorrupción publicados en la página web.	Realizar seguimiento al cumplimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2018	abr-18	Ene-2019	No aplica para este periodo	Jefe Oficina Control Interno	No aplica para este periodo	0			Se elaboró el primer seguimiento al cumplimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.	Jefe Oficina Control Interno	1 reporte publicado	25%	Informe: Primer seguimiento Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	
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	IR2. Actividades de planeación realizadas con participación de alianza de usuarios y Veedores. (Actualización direccionamiento estratégico, Rendición de Cuentas, seguimiento Plan Desarrollo)	Realizar evaluación de la audiencia de Rendición de Cuentas	may-18	Junio-2018	No aplica para este periodo	Jefe Oficina Control Interno	No aplica para este periodo	0			Se elaboró informe de evaluación de la audiencia de Rendición de Cuentas vigencia 2017	Jefe Oficina Control Interno	100%	100%	Informe: Evaluación de audiencia de Rendición de Cuentas vigencia 2017	

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	ene-01	Ene-2019	Se elaboraron los siguientes informes con corte a 31 de diciembre de 2017: * Ejecutivo Anual sobre el Avance del Control Interno * Informe del Control Interno Contable * Informe referente al cumplimiento de las Normas de Derechos de Autor * Informe pormenorizado de Control Interno * Informe sobre la gestión presentada por el SIAU * Informe acerca de los posibles actos de corrupción * Informe Evaluación de gestión por áreas o dependencias * Seguimiento Plan de Mejoramiento Supersalud * Informe evaluación y seguimientos efectuados por Control Interno * Seguimiento Plan de Acción Institucional * Seguimiento al POA	Jefe Oficina Control Interno	25,00%	25,00%	* Informe ejecutivo Anual sobre el Avance del Control Interno * Informe del Control Interno Contable * Informe referente al cumplimiento de las Normas de Derechos de Autor * Informe pormenorizado de Control Interno * Informe sobre la gestión presentada por el SIAU * Informe acerca de los posibles actos de corrupción * Informe Evaluación de gestión por áreas o dependencias * Informe Primer Seguimiento Plan de Mejoramiento Supersalud	Se elaboraron los siguientes informes: * Seguimiento Contraloría Departamental * Seguimiento Plan de Mejoramiento Supersalud * Seguimiento al Plan Anticorrupción	Jefe Oficina Control Interno	50%	50%	* Seguimiento Contraloría Departamental * Seguimiento Plan de Mejoramiento Supersalud * Seguimiento al Plan Anticorrupción
----	--	--	--	---	--------	----------	---	------------------------------	--------	--------	--	--	------------------------------	-----	-----	--

AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	Primer y segundo

MACROPROCESO	GESTIÓN DESARROLLO INSTITUCIONAL
PROCESO RESPONSABLE	DESARROLLO INSTITUCIONAL
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	Joanna Patricia Palencia Ramirez
CARGO LIDER DEL PROCESO	JEFE OFICINA DESARROLLO INSTITUCIONAL

PLAN DE ACCIÓN																		
CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	SEGUIMIENTO No. 1				SEGUIMIENTO No. 2				
					FECHA INICIO	FECHA FINAL				PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
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	(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	ene-01	dic-31	Se evidencia Plan de Anticorrupción actualizado y publicado en Página web No se evidencia avance No se evidencia avance	Jefe Oficina Desarrollo Institucional Jefe Oficina Desarrollo Institucional Jefe Oficina Desarrollo Institucional	100% 100% 0%	100% 0% 0%	Se evidencia actualización del Plan Anticorrupción en el mes de Enero No aplica No aplica	No aplica Se está programado para publicar con el primer seguimiento del primer trimestre para el mes de abril Se está programado para publicar con el primer seguimiento del primer trimestre para el mes de abril	Se realizó la actualización del Plan Anticorrupción y se publicó en la página web Se realizó actualización y publicación del Mapa de Riesgos de anticorrupción	Jefe Oficina Desarrollo Institucional Jefe Oficina Desarrollo Institucional Jefe Oficina Desarrollo Institucional	100% 50% 100%	100% 100% 100%	Plan Anticorrupción actualizado Mapa de Riesgos de plan anticorrupción actualizado Reportes a la página web	No aplica No aplica No aplica
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 que 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 planeadas. 3. Revisar normatividad sobre alianzas y coordinar agenda de trabajo con las mismas.	ene-01	dic-31	No se evidencia avance Se realizó citación en el mes de enero de plan de Desarrollo No se evidencia avance de la actividad	Jefe Oficina Desarrollo Institucional Jefe Oficina Desarrollo Institucional Jefe Oficina Desarrollo Institucional	0% 0% 0%	0% 33% 0%	No aplica Listas de asistencia/ Validación Plataforma Estratégica No aplica	No aplica Se anexa acta de asistencia a la reunión del mes de Enero con la alianza de usuarios No aplica	Se realizó reunión con SIAU para la revisión de la base de datos de usuarios que quieran pertenecer a la alianza Se realizó reunión con la alianza de usuarios relacionadas con la validación de Plataforma estratégica (se anexan soportes)	Jefe Oficina Desarrollo Institucional Jefe Oficina Desarrollo Institucional Jefe Oficina Desarrollo Institucional	100% 33% 0%	100% 100% 0%	Se evidencia Base de datos de usuarios y libros de inscripción SE evidencia lista de asistencia de las dos reuniones realiza con la alianza Fotografías Material Socializado No aplica	No aplica No aplica Pendiente por definir para el tercer trimestre
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional	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	ene-01	abr-30	Se evidencia organización del evento, publicación en la Página de la Superintendencia, consolidación del Informe No se evidencia avance de la actividad	Jefe Oficina Desarrollo Institucional Jefe Oficina Desarrollo Institucional	20% 0%	20% 0%	Planeación, publicación en la Página de la Superintendencia, consolidación del Informe No aplica	No aplica Se tiene programada para el 19 de Abril de 2018	Se elaboró proyecto de rendición de cuentas Se realizó el evento de rendición de cuentas en Abril 19 de acuerdo a la metodología establecida por el DAFP	Jefe Oficina Desarrollo Institucional Jefe Oficina Desarrollo Institucional	100% 100%	100% 100%	Se evidencia organización del evento, publicación en la Página de la Superintendencia, consolidación del Informe Informe de Rendición de cuentas	No aplica No aplica
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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	feb-01	dic-31	No se evidencia avance de la actividad	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	0%	0%	No aplica	0%	No se evidencia avance de la actividad	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	0%	0%	No se evidencia avance	No aplica
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 pasos a paso para subir estos trámites a dicha página.	feb-01	dic-31	se realizó comité antitrámites durante los meses asignados tareas para realizar el inventario de trámites en las diferentes áreas y publicación en la página web	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	10%	10%	No aplica	No aplica	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 pasos a paso para subir estos trámites a dicha página.	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	10%	0%	Acta de Comité Antitrámites	No aplica
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 >= 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	ene-01	dic-31	Se realizó participación de los planes de mejoramiento de Dirección y Gerencia	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	0%	0%	No aplica	No aplica	Se desarrollaron avance en las acciones de mejoramiento de los estándares de Dirección y Gerencia	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	25%	50%	Planes de Mejoramiento y evidencias derivables de la Oficina de Desarrollo Institucional	Planes de Mejoramiento con avance
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 planeadas	Documentar el Plan de comunicaciones de la ESE que incluya las diferentes estrategias de comunicación en los diferentes niveles de comunicación organizacional.	ene-01	dic-31	Se realizó un borrador preliminar del Plan de comunicaciones para presentar a Acreditación	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	0%	20%	Soporte planes de Mejoramiento de Dirección y Gerencia	No aplica	No se evidencia avance de esta actividad	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	0%	0%	Borrador del Plan de Comunicaciones	Pendiente por definir por directrices de Acreditación

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	Primer Trimestre

MACROPROCESO	GESTIÓN DIRECTIVA
PROCESO RESPONSABLE	GESTIÓN DIRECTIVA
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LÍDER DEL PROCESO	EDGAR JULIAN NIÑO CARREÑO
CARGO LÍDER DEL PROCESO	GERENTE

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	SEGUIMIENTO No. 1							SEGUIMIENTO No. 2						
					CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
					FECHA INICIO	FECHA FINAL												
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Lugar 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.	1/02/2018	31/12/2018	Supervisión de Interventorías y seguimiento a la ejecución contractual	Gerencia	0%	55%	Registro Fotografico	No aplica	Se evidenció avance por la interventoría por el 55% a corte del primer semestre	Gerencia	55%	100%	Informe y certificación de la interventoría	No Aplica
							Balance de obra para determinar alcance			80%	Informe de Obra	No aplica	Se evidenció avance por la interventoría por el 55% a corte del primer semestre			100%	Informe y certificación de la interventoría	No Aplica
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.	1/02/2018	31/12/2018	Se solicitó al área de sistemas informe en el cual se exponga las deficiencias del software actual para realizar diagnóstico inicial	Gerencia	0%	0%	No Aplica	No aplica	Se solicitara al área de sistemas informe en el cual se exponga las deficiencias del software actual para realizar diagnóstico inicial	Gerencia	25%	25%	Informe por gd Listado de opciones para referenciación	No Aplica
							o se evidencia avance de la actividad			0%	No aplica	una vez se tenga el diagnóstico se procedera a visitar una entidad que tenga el mismo software actualizado para poder determinar si las necesidades de la entidad son cubiertas.	Gerencia	25%	0%	0%	No Aplica	No Aplica
PD	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras	Presentar a la junta directiva el proyecto de acuerdo de creación de la planta de empleo temporal de la ESE HUS	Número de proyectos de acuerdo de creación de la planta de empleo temporal de la ESE HUS	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	1/02/2018	31/12/2018	se realizo reunion con el ministerio de trabajo seccional santander en donde se manifesto la intencion de realizar el estudio de formalizacion laboral	Gerencia	0%	100%	Actas con el ministerio de Trabajo	No aplica	se realizo reunion con el ministerio de trabajo seccional santander en donde se manifesto la intencion de realizar el estudio de formalizacion laboral	Gerencia	0%	100%	Actas con el ministerio de Trabajo	No Aplica
							o se evidencia avance de la actividad			0%		revisión del estudio tecnico de reorganización administrativa para determinar las condiciones y propuestas requeridas para la operación de la ESE Hospital Universitario de Santander	Gerencia	0%	0%	0%	No Aplica	No Aplica
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	1/02/2018	31/12/2018	1. Se han realizado dos reuniones al interior del equipo de apoyo a la contratación para definir suficiencia y modelos de contratación en red 2. reuniones se ha tenido acercamiento con Saludvida	Gerencia	0%	10%			a corte de abril de 2017 se están adelantando gestiones para la renovación año 2018 de los contratos de prestación de servicios con las diferentes ERP	Gerencia	0	10%	0%	No Aplica

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	Enero - Marzo 2018

MACROPROCESO	Gestión Jurídica
PROCESO RESPONSABLE	Oficina Jurídica
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LÍDER DEL PROCESO	Germán Yesid Peña Rueda
CARGO LÍDER DEL PROCESO	Jeft de la Oficina Jurídica

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	SEGUIMIENTO No. 01							SEGUIMIENTO No. 02						
					CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
					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 ESE.	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 2. Iniciar el cobro pre y jurídico sobre al menos el 50% de la cartera identificada según el corte. 3. Actualizar Resolución 044 sobre procedimiento de cartera. 4. Semaforizar los tipos de cartera según antigüedad.	31/01/2018	21/03/2018	1. Se identificó la cartera en mora según la antigüedad de las obligaciones. 2. Se inició cobro pre jurídico de la totalidad de la cartera odentificada y cobro jurídico del 60% 3. Se proyectó la Resolución No. 044 y se encuentra en revisión. 4. Se encuentra semaforizada la cartera según su antigüedad en el periodo bajo estudio	Jurídica -Cartera y abogados externos contratados por la ESE HUS.	1	100%	Listado de obligaciones que se encuentran en cobro jurídico, listado de obligaciones según antigüedad y proyecto de Resolución que modifica la Resolución No. 44 de 2007	La modificación a la Resolución 044 de 2007 se encuentra en revisión por el jefe de la Oficina jurídica, quien asumió las funciones propias de su cargo a partir del día 12 de abril de 2018.	Jurídica -Cartera y abogados externos contratados por la ESE HUS.	1	33%	Listado de obligaciones que se encuentran en cobro jurídico, listado de obligaciones según antigüedad y proyecto de Resolución que modifica la Resolución No. 44 de 2007	La modificación a la Resolución 044 de 2007 se encuentra en revisión por el nuevo jefe de la Oficina jurídica, quien asumió las funciones propias de su cargo a partir del día 12 de abril de 2018.	
										50%								
										100%								
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud	Realizar autoevaluación de acreditación	IR2. Postulación para la acreditación con puntaje autoevaluación acreditación > 0 =	1. Designar a un Profesional Universitario para que haga parte activa del Comité de Acreditación.	1/01/2018	31/12/2018	1. La oficina jurídica designó a un profesional universitario para que haga parte activa del comité de acreditación.	Jurídica - Líderes de los Estándares de los que es parte	N/A	25%	Listado de asistencia al taller de	Los avances en temas de acreditación se gestan de acuerdo al desarrollo del plan de mejoramiento con enfoque de	Jurídica - Líderes de los Estándares de los que es parte la	N/A	N/A	Listado de asistencia al taller de direccionamiento estratégico.	Asi mismo, es de resaltar	

		obteniendo puntaje superior a 3.0	3,0	2. Definir, Implementar y hacer seguimiento al Plan de Mejora sobre estándares que estén por debajo de 3.0.			No aplica para el periodo de seguimiento	la Oficina Jurídica		N/A	direccionamiento estratégico.	acreditación. Así mismo, es de resaltar que la autoevaluación de acreditación está programada para	No aplica para el periodo de seguimiento	Oficina Jurídica		N/A	que la autoevaluación de acreditación está programada para noviembre de este año, por lo tanto no es posible.	
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	Avance del 70% en la terminación de las obras priorizadas (mínimo 2 de las 4)	Avance consolidado de obras priorizadas / meta de mínimo el 70% de avance de obras priorizadas (mínimo 2 de las 4)	1. Revisar situación jurídica de cada uno. 2. Balance de obra versus ejecución y pago. 3. Si superan las causales del origen de suspensión, se elabora acta de reinicio y actualización de pólizas. 4. Comité de obras mensuales.	1/01/2018 1/01/2018 1/07/2018 1/01/2018	30/06/2018 30/06/2018 31/07/2018 31/12/2018	Se elaboró un informe detallado sobre el estado de cada uno de los comités de obras, con la justificación de aquellas que se encuentran suspendidas. No aplica para el periodo de seguimiento Se han desarrollado los correspondientes comités de obras	Jurídica - Gerencia - Equipo de Infraestructura ESE HUS.	0	50% 50% N/A 25%	Informe de estado de las obras de la central de urgencias, sub estación eléctrica, UCI neonatal y reforzamiento estructural. No aplica para el periodo de seguimiento Planillas de asistencia y actas de los comités desarrollados	N/A N/A N/A N/A	Se elaboró un informe detallado sobre el estado de cada uno de los comités de obras, con la justificación de aquellas que se encuentran suspendidas. No aplica para el periodo de seguimiento Se han desarrollado los correspondientes comités de obras	Jurídica - Gerencia - Equipo de Infraestructura ESE HUS.	0	100% 100% N/A 50%	Informe de estado de las obras de la central de urgencias, sub estación eléctrica, UCI neonatal y reforzamiento estructural. Planillas de asistencia y actas de los comités desarrollados	N/A N/A N/A N/A

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	Primer Trimestre

MACROPROCESO	ESTRATEGICO
PROCESO RESPONSABLE	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LÍDER DEL PROCESO	NATHALY GALVAN
CARGO LÍDER DEL PROCESO	ATENCIÓN AL USUARIO

PLAN DE ACCIÓN					SEGUIMIENTO No. 1 TRIMESTRE ENERO-MARZO								SEGUIMIENTO No. 2 TRIMESTRE ABRIL-JUNIO					
CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
					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.	ene-18	dic-18	Se realizó convocatoria de la asociación de usuarios Mediante llamadas telefónicas		1/1=100%	25%	Listado de llamadas		Se realizó convocatoria de la asociación de usuarios Mediante llamadas telefónicas		100	50%	Listado de llamadas Lista de asistencia a reuniones	
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. 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 de obra del servicio de urgencias. 3. Tema: Por definir para el Tercer Viernes de Marzo o Último viernes de julio de 2018.	ene-18	nov-18	1. El 26 de enero de 2018 se realiza reunion ordinaria donde se realiza cronograma de reuniones para 2018 2. el 23 de febrero se realiza reunion ordinaria donde se presento reunion con el area de nutrición. 3. El 16 de marzo se realizo reunion, capacitacion sobre participacion social en salud. se programo una reunion extraordinaria para el dia 18 de abril		3/3=100%	25%	cronograma de reuniones, Actas de reuniones		1. El 26 de enero de 2018 se realiza reunion ordinaria donde se realiza cronograma de reuniones para 2018 2. el 23 de febrero se realiza reunion ordinaria donde se presento reunion con el area de nutrición. 3. El 16 de marzo se realizo reunion, capacitacion sobre participacion social en salud. se programo una reunion extraordinaria para el dia 18 de abril		100	50%	cronograma de reuniones, Actas de reuniones	
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	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 ayudar a superar el porcentaje de satisfacción la satisfacción para definir porcentaje de satisfacción meta, realizar adecuación a la encuesta de satisfacción contemplando el servicio de alimentación. Ajuste del formato con encuestas aplicadas.	ene-18	mar-18	1. El 26 de enero de 2018 se realiza reunion ordinaria donde se realiza cronograma de reuniones para 2018 2. el 23 de febrero se realizo reunion con el area de nutrición. 3. El 16 de marzo se realizo reunion, capacitacion sobre participacion social en salud. se programo una reunion extraordinaria para el dia 18 de abril	Profesional Universitario SIAU	1/1=100%	25%	Acta Comité de Calidad mes Enero 2018		se realizo socializacion en el comite de calidad de mayo.	Profesional Universitario SIAU	100	50%	Acta Comité de Calidad mes Enero 2018	

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 armando. 2. Expedición del documento reconociendo a la víctima como soporte al área de facturación. 3. Identificación de ventanillas de atención preferencial en los servicios ambulatórios. 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.	ene-18	dic-18	cada vez que llega un usuario a solicitar verificación de desplazamiento se registra en el libro de registro de desplazados, se diligencia el formato autorizado para víctimas del conflicto.	1/1=100%	25%	fotos libro de registro desplazados. archivo diligenciado de desplazados	cada vez que llega un usuario a solicitar verificación de desplazamiento se registra en el libro de registro de desplazados, se diligencia el formato autorizado para víctimas del conflicto.	100	50%	fotos libro de registro desplazados. archivo diligenciado de desplazados
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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	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 oficina a control interno cuando se necesite intervención en caso de no tener respuesta por parte de las dependencias.	ene-18	dic-18	1. se realiza apertura de buzones los lunes, con acta de escrutinio, se consolida la información en cuadro de consolidado se escanea cada queja y se remite a la dependencia correspondiente. 2. la dependencias realizan tramite a cada queja emitiendo respuesta con plan de mejora. 3	2/2=100%	25%	cuador consolidado.. evidencia de correos enviados a la subgerencias y respuesta con plan de mejora	1. se realiza apertura de buzones los lunes, con acta de escrutinio, se consolida la información en cuadro de consolidado se escanea cada queja y se remite a la dependencia correspondiente. 2. la dependencias realizan tramite a cada queja emitiendo respuesta con plan de mejora. 3	100	50%	cuador consolidado.. evidencia de correos enviados a la subgerencias y respuesta con plan de mejora
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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	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	ene-18	dic-18	en reunion las profesionales de siau y nutricion realizan ajuste a la encuesta incluyendo items de nutricion, la cual fue aprobada en comite de calidad de enero	1/1=100%	25%	acta de reunion con profesional de nutricional acta comite calidad enero	en reunion las profesionales de siau y nutricion realizaron ajuste a la encuesta incluyendo items de nutricion, la cual fue aprobada en comite de calidad de enero	100	50%	acta de reunion con profesional de nutricional acta comite calidad enero
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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.	ene-18	dic-18	se realiza socialización por parte de siau de derechos y deberes a los usuarios	1/1=100%	125%	Evidencia de socialización fotos y listado de asistencia	se realiza socialización por parte de siau de derechos y deberes a los usuarios	100	50%	Evidencia de socialización fotos y listado de asistencia

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	PRIMER TRIMESTRE - SEGUNDO TRIMESTRE

MACROPROCESO	GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO
PROCESO RESPONSABLE	SERVICIOS BÁSICOS, INFRAESTRUCTURA, GESTIÓN AMBIENTAL Y DOTACIÓN E INSUMOS
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LÍDER DEL PROCESO	YOLANDA CEDEÑO CASTILLO
CARGO LÍDER DEL PROCESO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - UFRFSB

PLAN DE ACCIÓN					SEGUIMIENTO No. 1 (PRIMER TRIMESTRE)							SEGUIMIENTO No. 2 (SEGUNDO TRIMESTRE)							
CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	
					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.	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 médicos	Medir el porcentaje de eventos adversos presentados asociados al uso de la tecnología biomédica con el fin de generar estrategias que permitan minimizar posibles fallas.	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/Numero 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 normalidad vigente, asegurando su correcto funcionamiento.	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 solicitudes de mantenimiento correctivo atendidas / numero total de solicitudes recibidas	Realizar seguimiento y analisis permanente a las solicitudes de mantenimiento correctivo realizadas	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.	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	Areas que requieren mantenimiento intervencidas/ total áreas que requieren mantenimiento	Cumplimiento del Plan de Mantenimiento Preventivo de la Planta Física	ene-18	dic-18	Ejecutar las solicitudes de mantenimiento de la infraestructura hospitalaria presentadas por las diferentes dependencias de la institución; realizar inspecciones de seguridad del ambiente físico mediante lista de chequeo.	Servicios Básicos	36%	81%	Indicador de ejecución del proceso de mantenimiento de la Planta Física, dando un cumplimiento del 81% durante el primer trimestre (Enero, Febrero y Marzo) de la vigencia 2018.		Ejecutar las solicitudes de mantenimiento de la infraestructura hospitalaria presentadas por las diferentes dependencias de la institución; realizar inspecciones de seguridad del ambiente físico mediante lista de chequeo.	Servicios Básicos	36%	81%	Indicador de ejecución del proceso de mantenimiento de la Planta Física, dando un cumplimiento del 81% durante el primer trimestre (Enero, Febrero y Marzo) de la vigencia 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 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	ene-18	dic-18	Ejecutar las solicitudes de mantenimiento de la infraestructura hospitalaria como son: redes hidráulicas, redes eléctricas, carpintería, pintura y otros presentadas por las diferentes dependencias de la institución; participar en las rondas de seguridad del ambiente físico.	Profesional Universitario Servicios Básicos y el coordinador de enlace de mantenimiento de la palanta física	81%	25%	Anexo el reporte de relacion de mantenimiento de Enero - Marzo de 2018	Las solicitudes (requerimientos) que se reciben con mayor frecuencia son los que se relacionan con trabajo de plomería, fuga de agua, presencia de hongos en los baños y fugas en tuberías y desagües; por presencia de humedad en las paredes y cielo raso. El tipo de mantenimiento preventivo predomina gracias a la ronda de seguridad de ambiente físico que se realizan con personal	Profesional Universitario Servicios Básicos y el coordinador de enlace de mantenimiento de la palanta física	85%	50%	Anexo el reporte de relacion de mantenimiento periodo Abril - Junio de 2018	Las solicitudes (requerimientos) que se reciben con mayor frecuencia son los que se relacionan con trabajo de plomería, fuga de agua, presencia de hongos en los baños y fugas en tuberías y desagües; por presencia de humedad en las paredes y cielo raso. El tipo de mantenimiento preventivo predomina teniendo en cuenta las rondas de seguridad de ambiente físico que se realizan con personal	
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 le 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	ene-18	dic-18	Se realizaron inventarios aleatorios de activos fijos en los servicios (por área y responsable) para corroborar la existencia física de los mismos. Áreas inspeccionadas: Oficina Asesora de Calidad, Oficina Asesora Desarrollo Institucional, Servicios de Apoyo Diagnóstico, UFRFSB y Oficina Revisora Fiscal.	Almacén e Inventarios	16%	25%	Oficios de inspecciones de activos fijos así: - Oficio 2210-GTAI-023-2018 fechado enero 30/18, remitido a la Bacterióloga Myriam Fanny Araya Martínez, Jefe Oficina Asesora de Calidad. - Oficio 2210-GTAI-024-2018 fechado enero 30/18, remitido al Economista Hernán Alonso Delgado Centeno, Jefe Oficina Asesora Desarrollo Institucional. - Oficios 2210-GTAI-047-048-2018 fechado marzo 01/18, remitido al Médico Sinifredo Fonseca	Ninguna	Se realizaron inventarios aleatorios de activos fijos en los servicios (por área y responsable) para corroborar la existencia física de los mismos. Áreas inspeccionadas: urgencias adultos, cardiología, gastroenterología piso 11, medicina interna piso 6, neurología y neurología piso 12, medicina interna piso 7, recién nacidos -neonatos - médico lactante, infectoelicitaria, madre canguro, Unidad Materno fetal	Almacén e Inventarios	31%	25%	AVANCE A JUNIO 30 DE 2018: - Oficio 2210-GTAI-112-2018 fechado: mayo 24 de 2018, remitido al Dr. Alvaro Gómez - Subgerente Servicios Médicos, Asunto: traslado e inspeccion de activos fijos servicio urgencias adultos. - Oficio 2210-GTAI-118-2018 fechado: mayo 30 de 2018, remitido al Dr. Alvaro Gómez - Subgerente Servicios Médicos, Asunto: traslado e inspeccion de activos fijos servicio cardiología. - Oficio 2210-GTAI-123-2018 fechado: junio 6 de 2018, remitido al Dr. Alvaro Gómez - Subgerente Servicios Médicos, Asunto: traslado e inspeccion de activos fijos servicio gastroenterología piso 11. - Oficio 2210-GTAI-121-2018 fechado: junio 6 de 2018, remitido al Dr. Alvaro Gómez - Subgerente Servicios Médicos, Asunto: traslado e inspeccion de activos fijos servicio medicina interna piso 6. - Oficio 2210-GTAI-122-2018 fechado: junio 6 de 2018, remitido al Dr. Alvaro Gómez - Subgerente Servicios Médicos, Asunto: traslado e inspeccion de activos fijos servicio neurología y neurología piso 12. - Oficio 2210-GTAI-131-2018 fechado: junio 14 de 2018, remitido al Dr. Alvaro Gómez - Subgerente Servicios Médicos, Asunto: inspeccion de activos fijos servicio medicina interna piso 7 y traslado de responsabilidad. - Oficio 2210-GTAI-138-2018 fechado: junio 6 de 2018, remitido al Dr. Jurg Niederbacher Velazquez - Subgerente Mujer e infancia, Asunto: inspeccion de activos fijos servicio de recién nacidos -neonatos - médico lactante	Se está dando cumplimiento a cronograma de inventario de activos fijos para el 2018 en la ESE HUS
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Realizar nueva autoevaluación de normalidad de hospital seguro.	Actividades Realizadas/Actividades Planeadas	1. Revisar la información del Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) realizada ESE HUS en el 2013 por el MSPS Y OPS-OMS 2. Buscar, revisar y compilar la información de las acciones de intervención realizadas a 2018 para realizar la autoevaluación 3. Realizar la autoevaluación. 4. Elaborar informe en medio físico y magnético.	1-feb-18 1-jun-18 1-oct-18 22-oct-18	28-mar-18 28-sep-18 19-oct-18 31-oct-18	Se realizó compilación de la información del índice de seguridad realizada en el 2013 por el MSPS Y OPS-OMS Actividad con programación para dar inicio en el mes de junio de 2018 Actividad con programación para dar inicio en el mes de octubre de 2018 Actividad con programación para dar inicio en el mes de octubre de 2018	Profesional Especializado Gestion del Riesgo de Desastres- Profesional Universitario Planta Física	1/4= 25%	25%	Carpeta Gestion del Riesgo de Desastres	Actividades realizadas en el Primer Trimestre Se realizó consecución de los documentos "Guía del evaluador de Hospitales Seguros" y Formularios para la evaluación de hospitales seguros" Documentos que permiten identificar la información a buscar revisar y compilar. Actividad con programación para dar inicio en el mes de octubre de 2018 Actividad con programación para dar inicio en el mes de octubre de 2018	Profesional Especializado Gestion del Riesgo de Desastres- Profesional Universitario Planta Física	1/3	33%	*Guía del evaluador de Hospitales Seguros * Formulario		
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 de Hospital Seguro definido	1. Elaborar plan de acción según autoevaluación 2. Presentar a gerencia el plan de acción. 3. Priorizar las actividades a ejecutar. 4. Asignación de recursos para ejecutar actividades priorizadas	1-nov-18 19-nov-18 26-nov-18 1-dic-18	16-nov-18 23-nov-18 30-nov-18 31-dic-18	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre 2018 Actividad con programación para dar inicio en el mes de octubre de 2018 Actividad con programación para dar inicio en el mes de octubre de 2018 Actividad con programación para dar inicio en el mes de octubre de 2018	Gerencia- Profesional Especializado Gestion del Riesgo de Desastres- Profesional Universitario Planta Física	NA	NA	NA	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre 2018 Actividad con programación para dar inicio en el mes de octubre de 2018 Actividad con programación para dar inicio en el mes de octubre de 2018 Actividad con programación para dar inicio en el mes de octubre de 2018	Profesional Especializado Gestion del Riesgo de Desastres- Profesional Universitario Planta Física	NA	NA			
				Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número 1 del Programa de producción mas Limpia Organizaciones Compemietidas con un ambiente saludable (P+L OCMS): *Diligenciar los formatos denominado compromiso de la Gerencia, conformación del comité y matriz DOFA. *Socializar los formatos mencionados anteriormente en el comité de Gestion Ambiental y Sanitaria.	feb-18	jun-18	Se realizó el diligenciamiento de los siguientes formatos: *Compromiso de la Gerencia. *Conformación del Comité. *Elaboración de la Matriz DOFA.	Profesional Universitario UFRFSB - Gestión Ambiental	3/3=100%	40%	*Compromiso de la Gerencia. *Conformación del Comité. *Elaboración de la Matriz DOFA.	Se realizó el diligenciamiento de los siguientes formatos: *Compromiso de la Gerencia. *Conformación del Comité. *Elaboración de la Matriz DOFA.	Profesional Universitario UFRFSB - Gestión Ambiental	3/3=100%	100%	Carpeta Fase I *Compromiso de la Gerencia. *Conformación del Comité. *Elaboración de la Matriz DOFA.		
		Elaborar proyecto de gestión ambiental para	Acciones realizadas para la implementación del Programa de Producción Limpia/Total acciones	Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número 1 del Programa de producción mas Limpia Organizaciones Compemietidas con un ambiente saludable (P+L OCMS): *Diligenciar los formatos denominado compromiso de la Gerencia, conformación del comité y matriz DOFA. *Socializar los formatos mencionados anteriormente en el comité de Gestion Ambiental y Sanitaria.	feb-18	jun-18	*Diligenciar los formatos denominados: *Informe preliminar *Control de documentos *Elaboración del normograma de Gestion Ambiental	Profesional Universitario UFRFSB - Gestión Ambiental	3/3=100%	40%	*Informe preliminar *Control de documentos *Elaboración del normograma de Gestion Ambiental	*Diligenciar los formatos denominados: *Informe preliminar *Control de documentos *Elaboración del normograma de Gestion Ambiental	Profesional Universitario UFRFSB - Gestión Ambiental	3/3=100%	100%	Carpeta Fase II *Informe preliminar *Control de documentos *Elaboración del normograma de Gestion Ambiental		

PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional	Reorientar la obtención de un reconocimiento ambiental	Programas para la implementación del programa de Producción más Limpia, Organizaciones comprometidas con un ambiente sostenible (P+L, OCAMS)	Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número III del Programa de producción más Limpia Organizaciones Comprometidas con un ambiente saludable (P+L, OCAMS): *Diligenciar los formatos denominados diagrama de flujo de los procesos, balance del proceso, análisis de los procesos y matriz de impacto ambiental. *Socializar los formatos mencionados anteriormente en el comité de Gestión Ambiental y Sanitaria.	feb-18	jun-18	Diligenciar los formatos denominados *Diagrama de flujo de los procesos. *Balance del proceso.	Profesional Universitario UFRFSB - Gestión Ambiental	2/4=50%	40%	*Diagrama de flujo de los procesos. *Balance del proceso.	Diligenciar los formatos denominados *Diagrama de flujo de los procesos. *Balance del proceso. *Análisis de los procesos *Matriz de impacto ambiental	Profesional Universitario UFRFSB - Gestión Ambiental	4/4=100%	100%	Carpetas Fase III *Diagrama de flujo de los procesos. *Balance del proceso. *Análisis de los procesos *Matriz de impacto ambiental
				Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número IV del Programa de producción más Limpia Organizaciones Comprometidas con un ambiente saludable (P+L, OCAMS): *Diligenciar los formatos denominados identificación inicial de objetivos, estudio preliminar de las estrategias, estudio técnico y económico y selección de las estrategias factibles. *Socializar los formatos mencionados anteriormente en el comité de Gestión Ambiental y Sanitaria	ago-18	dic-18	N/A	Profesional Universitario UFRFSB - Gestión Ambiental	N/A	N/A	N/A	N/A	Profesional Universitario UFRFSB - Gestión Ambiental	N/A	N/A	N/A
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.	jul-18	dic-18	N/A	Tecnico de Servicios Basicos	N/A	N/A	N/A	N/A	Tecnico de Servicios Basicos	N/A	N/A	N/A
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 energía	(100 -(Total consumo energía año actual/ total consumo energía año anterior) *100)	Presentar trimestralmente al comité de Gestión Ambiental y Sanitaria los consumos de energía generados en la institución.	jun-18	dic-18	N/A	Tecnico de Servicios Basicos	N/A	N/A	N/A	N/A	Tecnico de Servicios Basicos	N/A	N/A	N/A

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	2018

MACROPROCESO	GESTIÓN FINANCIERA
PROCESO RESPONSABLE	SUB GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	MARTHA ROSA AMIRA VEGA BLANCO
CARGO LIDER DEL PROCESO	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

PLAN DE ACCIÓN		SEGUIMIENTO No. 1														SEGUIMIENTO No. 2			
CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	
					FECHA INICIO	FECHA FINAL													
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	MRS. Desarrollar e implementar las políticas del sistema	(Políticas implementadas de Sarfati/100)	Detectar y reportar las operaciones que se pretendían realizar o se hayan realizado, antes de dar asistencia.	Febrero	Diciembre	Mediante acuerdo se Junta Directiva No.038 del 13 de diciembre de 2017, se adoptó el	Subgerencia Administrativa y Financiera	100%	40%	Comunicaciones expedidas por la UJAF, a marzo 30 de	Presentación informe trimestral	Se envió reportes de abril, mayo y junio de 2018 a Control Interno de la ESE HUS, UJAF, Mediante el Acuerdo No.11 del 21	Subgerencia Administrativa y Financiera	100%	53%	Certificaciones expedidas por la UJAF, por tesorería de la ESE HUS y listas de consultas. Listas socializaciones	Presentación informe trimestral, la carpeta con consultas resaca en la	
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 control cumple con los requisitos legales establecidos, está previamente parametrizado en el Sistema de Información y socializado con el Proceso de Facturación o en caso contrario seguir los lineamientos establecidos normativamente Verificar que las facturas generadas cumplan con los requisitos legales establecidos normativamente 3. Entregar los reportes solicitados por Contabilidad para el registro oportuno y veraz de cada una de las operaciones que se genere. 4. Generar y enviar los estados de facturación a cartera para su radicación 5. Hacer seguimiento al proceso de facturación para presentar los Informes de Gestión	Enero	Diciembre	La Gerencia de la ESE HUS, mediante Resolución 159 del 14 de marzo de 2018, realizó la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales, creando el Manual de Tarifas Institucionales. Mediante cuadro comparativo 2018 VS 2017, enviado por Facturación, se evidencia que la participación de Alto Costo frente Según certificación de facturación, la facturación de alto costo comparada 2018 VS 2017, Los informes de facturación se presentan mensualmente a contabilidad	Sub gerente Administrativo y Financiero Profesional Universitario Costos Profesional Universitario Facturación Sub gerente Administrativo y Financiero Profesional Universitario Facturación	100%	100%	Manual de Tarifas, capacitación, socialización en abril y mayo de 2018, lista de asistencia Conciliar mensualmente la facturación pendiente por radicadas	Presentación Informe de Costos Junta Directiva Presentación Informes	Manual de Tarifas, capacitación, socialización en abril y mayo de 2018, lista de asistencia Verificar facturas diariamente, elaborar informes mensuales, reportar a cartera, radicar facturas en ARP de acuerdo con los tiempos de la norma	Gerencia Subgerencia Administrativa y Financiera. Costos Sub gerencia Administrativa y Financiera Profesional Universitario de Costos	100%	100%	Certificaciones de costos, incremento en un 24.84% la facturación UCI adultos de febrero a Julio de 2018 Certificación expedida por facturación y por costos	Presentación Informe de Costos Junta Directiva Informes de facturación Informes de Cartera Actas Facturación	
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	Enero	Diciembre	No se evidencia avance de la certificación emitida por el Ministerio de protección Social para clasificar al Hospital sin riesgo	Subgerente Administrativa y Financiera Tesorera	0%	0%	No Aplica	No Aplica	Certificación del Ministerio donde clasifica a la ESE HUS sin riesgo	Gerencia Subgerencia Administrativa	100%	100%	Resolución 2249 del 30 de mayo de 2018	Resolución 2249 del 30 de mayo de 2018, emanada del Ministerio de la Protección Social, por la cual se efectúa la caracterización del riesgo en las Empresas Sociales del	
	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.	Enero	Diciembre	La Gerencia de la ESE HUS, mediante Resolución 159 del 14 de marzo de 2018, realizó la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales, creando el Manual de Tarifas Institucionales.	Gerencia Subgerencia Administrativa y Financiera profesional universitario Costos	100%	100%	Oficios remisorios	Soportes estudios de costos	Se realizaron 7 estudios de costos solicitados para los siguientes procedimientos o proyectos: Angiografía, resonancia, cobro manejo integral material de Osteosintesis por grupo Quirúrgico, Informe Laboratorio y Hematología, Oncología Pediátrica, Oftalmología inyección intravitrea de sustancia terapéutica e Indometina	Gerencia Subgerencia Administrativa Subgerentes	70%	70%	Informe mensual de costos, soporte estudio de costos	Informe de Costos presentado a la Junta Directiva	
		Realizar 10 estudios de costos para proyectar nueva prestación de servicios, según solicitud requerida		Se realizaron 3 estudios de costos solicitados para los siguientes procedimientos o proyectos: Unidad Neonatal, prótesis y Ortesis, Hemodialisis	Enero	Diciembre			30%	30%	Oficios remisorios	Soportes estudios de costos	Reducción de gastos generales comparativo 2017 VS 2018 en aseso (1.246.366.64 - 1.015.825.081 = 18.50%) y seguros (1.012.352.988 - 523.451.882 = 48.31%).	Gerencia Subgerencia Administrativa Subgerentes, asesores	30%	30%	Comparativo Gastos generes por concepto vigencias 2017-2018	Presentación informe Costos de enero a junio de 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		Enero	Diciembre							OJO CAMBIARLA						
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	Febrero	Diciembre	Certificación de presupuesto de enero a marzo de 2018, la participación del recaudo acumulado corresponde al 19%	Profesional Universitario Presupuesto	100%	19%	Ejecución presupuestal	Ejecución presupuestal de ingresos y gastos a marzo 31 de 2018	Certificación de presupuesto de abril a junio de 2018, la participación del recaudo acumulado corresponde al 40% 177433024491/70984196162	Profesional Universitario Presupuesto	100%	40%	Ejecución presupuestal	Ejecución presupuestal de ingresos y gastos a junio 30 de 2018	
				Se realizaron las conciliaciones respectivas mensualmente de acuerdo a las actividades					Numero de actas /12 meses	25,00%	ACTAS DE CONCILIACION	Se adjuntan actas	Se realizaron las conciliaciones respectivas mensualmente de acuerdo a las actividades planeadas		Numero de actas /12 meses	50,00%	ACTAS DE CONCILIACION	Se adjuntan actas	

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 contratación de los procesos de cartera	Febrero	Diciembre	se proyectan los requerimientos para el proceso de cartera, se realizan las actas de inicio y se realiza mensualmente seguimiento al recaudo	Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Universitario de Cartera y contabilidad	Radicado en la vigencia= 42.638.503.221 Valor consiguado aplicado= 18.882.548.668 Indicador= 50%	20,75%	Tabla de Radicados vs Recaudo Actas de Interventoria	Pendiente por aplicar 2.814.580.859	Mensualmente se realiza el informe de interventoria y seguimiento al contario de cartera se realiza mensualmente el estado de recaudo	Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Universitario de Cartera y contabilidad	Valor consiguado aplicado=17.954.746.866 / Radicado en la vigencia= (84.958.997.972*60%) Indicador= 50% Valor consiguado aplicado=17.954.746.866 / Radicado en la vigencia= (84.958.997.972*60%) Indicador= 50%	58,70%	Tabla de Radicados vs Recaudo Actas de Interventoria	Pendiente por Aplicar \$ 2.770.521.493
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.	Febrero	Diciembre	Se realizaron conciliación con la ERP que presentan cartera con la ESE HUS, conciliando 45.489.062.010 en el primer trimestre del 2018	Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Universitario de Cartera y contabilidad	45.489.062.010 (cartera conciliada 1er Trimestre 2018) /189.882.161.313 (cartera a 31 de marzo de 2018)	10%	Se adjuntan actas de conciliación con las diferentes ERP	Se adjuntan actas	Se realizaron conciliación con la ERP que presentan cartera con la ESE HUS, conciliando \$ 89.254.506.726 en el primer trimestre del 2018	Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Universitario de Cartera y contabilidad	89.254.506.726 (cartera conciliada 1er Semestre 2018) / (205.059.256.697,91 X 60%) (cartera a 30 de JUNIO de 2018)	73%	Se adjuntan actas de conciliación con las diferentes ERP	Se adjuntan actas Cabe resaltar que en Emisiones liquidadas y Secretaria de salud Santander son \$ 64.567.348.891,6 de cartera a lo cual no se realiza conciliación debidos a que se maneja bajo otros procesos.

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	I TRIMESTRE

MACROPROCESO	GESTION DE LA TECNOLOGIA
PROCESO RESPONSABLE	EQUIPO BIOMEDICO Y EQUIPO INDUSTRIAL
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	SANDRA MILENA RODRIGUEZ ALVAREZ
CARGO LIDER DEL PROCESO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE MANTENIMIENTO

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		SEGUIMIENTO No. 1					SEGUIMIENTO No. 2						
					FECHA INICIO	FECHA FINAL	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
					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 mantenimientos ejecutados en los tiempos establecidos/Número 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.	ene-18	dic-18	BIOMEDICOS: En el mes de Enero se programaron 2 mantenimientos de los cuales se ejecutaron el 100% en el mes de Febrero se programaron 112 mantenimientos de los cuales se ejecutaron 77 para un cumplimiento del 69% en el mes de marzo se programaron 219 mantenimientos de los cuales se ejecutaron 198 para un cumplimiento de 90%	Subgerente Administrativo y Financiero Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	83%	25%	FORMATO MAESTRO EQUIPO BIOMEDICO Y EQUIPO INDUSTRIAL	En el mes de ABRIL se programaron 613 mantenimientos de los cuales se ejecutaron 573 para un cumplimiento del 93% en el mes de MAYO se programaron 706 mantenimientos de los cuales se ejecutaron 639 para un cumplimiento del 91% en el mes de JUNIO se programaron 365 mantenimientos de los cuales se ejecutaron 339 para un cumplimiento de 93%	Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Universitario Mantenimiento
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 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	ene-18	dic-18	INDUSTRIAL: En el mes de Enero se programaron 56 mantenimientos de los cuales se ejecutaron 56 para un cumplimiento del 100% en el mes de Febrero se programaron 310 mantenimientos de los cuales se ejecutaron 231 para un cumplimiento del 74,5% en el mes de marzo se programaron 345 mantenimientos de los cuales se ejecutaron 262 para un cumplimiento de 75,9%	Subgerente Administrativo y Financiero Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	5%	25%	INFORMES MENSUALES DEL INDICADOR	En el mes de ABRIL se presentaron 4 eventos adversos asociados a equipos biomédicos, de los 41 reportes presentados. En el mes de MAYO NO se presentaron eventos adversos asociados a equipos biomédicos, de los 24 casos reportados. en el mes de JUNIO no se presentaron eventos adversos asociados a equipos biomédicos, de los 26 reportes presentados.	Subgerente Administrativo y Financiero Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	4%	50%	INFORMES MENSUALES DEL INDICADOR	ENTRE MENOR SEA EL NUMERO DE EVENTOS ASOCIADOS A EQUIPOS BIOMEDICOS ES MEJOR	
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 normalidad vigente, asegurando su correcto funcionamiento.	ene-18	dic-18	Durante los meses de febrero y marzo se realizaron 39 calibraciones de equipos que pesan, miden o cuentan, de los 449 equipos programados para el 2018, para un avance del 9%.	Subgerente Administrativo y Financiero Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	100%	25%	SEGUIMIENTO CALIBRACIONES	Durante los meses de ABRIL, MAYO Y JUNIO se realizaron 582 calibraciones de equipos que pesan, miden o cuentan, de los 582 equipos programados para estos meses.	Subgerente Administrativo y Financiero Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	100%	50%	SEGUIMIENTO CALIBRACIONES	EL NUMERO DE EQUIPOS AUMENTO AL INCLUIRSE NUEVOS EQUIPOS EN EL INVENTARIO, VARIANDO LA PROGRAMACION DEL TRIMESTRE ANTERIOR.	

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 solicitudes de mantenimiento correctivo atendidas / numero total de solicitudes recibidas	realizar seguimiento y analisis permanente a la solicitudes de mantenimiento correctivo realizadas	ene-18	dic-18	BIOMEDICOS: PARA EL MES DE ENERO SE RECIBIERON 63 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES 57 SOLICITUDES ATENDIDAS, CORRESPONDIENTE AL 90% DE LAS SOLICITUDES; MAYOR CAUSA DE FALLA: ERROR DE USO Y COMPONENTE ELECTRICO; SERVICIO QUE MAS REPORTO: URGENCIAS; EQUIPO CON MAYOR REPORTE: BOMBAS DE INFUSION MARCA HOSPIRA. PARA EL MES DE FEBRERO SE RECIBIERON 107 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES 76 SOLICITUDES ATENDIDAS, CORRESPONDIENTE AL 71% DE LAS SOLICITUDES; MAYOR CAUSA DE FALLA: COMPONENTE MECANICO; SERVICIO QUE MAS REPORTO: MEDICINA INTERNA HOMBRES; EQUIPO CON MAYOR REPORTE: BOMBAS DE INFUSION MARCA HOSPIRA. PARA EL MES DE MARZO SE RECIBIERON 106 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO INDUSTRIAL; PARA EL MES DE ENERO SE RECIBIERON 53 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES SE SOLUCIONARON 53 SOLICITUDES, CORRESPONDIENTES AL EL 100% DE LAS SOLICITUDES; CON EL SIGUIENTE ANALISIS: EQUIPO QUE MAS SE DAÑA SON LOS AIRES ACONDICIONADOS CON 33 SOLICITUDES; EL SERVICIO QUE MAS REPORTO FUE CIRUGIA GENERAL; LA MAYOR CAUSA DE FALLA ES, DAÑO ELECTRICO. PARA EL MES DE FEBRERO SE RECIBIERON 113 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES SE SOLUCIONARON 113 SOLICITUDES, CORRESPONDIENTES AL EL 100% DE LAS SOLICITUDES; CON EL SIGUIENTE ANALISIS: EQUIPO QUE MAS SE DAÑA SON LOS AIRES ACONDICIONADOS CON 39 SOLICITUDES; EL SERVICIO QUE MAS REPORTO FUE CIRUGIA GENERAL; LA MAYOR CAUSA DE FALLA ES, DAÑO ELECTRICO. PARA EL MES DE MARZO SE RECIBIERON 106 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO INDUSTRIAL; PARA EL MES DE ENERO SE RECIBIERON 53 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES SE SOLUCIONARON 53 SOLICITUDES, CORRESPONDIENTES AL EL 100% DE LAS SOLICITUDES; CON EL SIGUIENTE ANALISIS: EQUIPO QUE MAS SE DAÑA SON LOS AIRES ACONDICIONADOS CON 39 SOLICITUDES; EL SERVICIO QUE MAS REPORTO FUE CIRUGIA GENERAL; LA MAYOR CAUSA DE FALLA ES, DAÑO ELECTRICO. PARA EL MES DE FEBRERO SE RECIBIERON 113 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES SE SOLUCIONARON 113 SOLICITUDES, CORRESPONDIENTES AL EL 100% DE LAS SOLICITUDES; CON EL SIGUIENTE ANALISIS: EQUIPO QUE MAS SE DAÑA SON LOS AIRES ACONDICIONADOS CON 39 SOLICITUDES; EL SERVICIO QUE MAS REPORTO FUE CIRUGIA GENERAL; LA MAYOR CAUSA DE FALLA ES, DAÑO ELECTRICO. PARA EL MES DE MARZO SE RECIBIERON 106 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO INDUSTRIAL; PARA EL MES DE ENERO SE RECIBIERON 53 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES SE SOLUCIONARON 53 SOLICITUDES, CORRESPONDIENTES AL EL 100% DE LAS SOLICITUDES; CON EL SIGUIENTE ANALISIS: EQUIPO QUE MAS SE DAÑA SON LOS AIRES ACONDICIONADOS CON 39 SOLICITUDES; EL SERVICIO QUE MAS REPORTO FUE CIRUGIA GENERAL; LA MAYOR CAUSA DE FALLA ES, DAÑO ELECTRICO.	Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado Unidad Recursos Fisicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	72%	25%	INFORMES MENSUALES DE SEGUIMIENTO AL MTO CORRECTIVO EQUIPO BIOMEDICO Y EQUIPO INDUSTRIAL	Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado Unidad Recursos Fisicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	67%	50%	INFORMES MENSUALES DE SEGUIMIENTO AL MTO CORRECTIVO EQUIPO BIOMEDICO Y EQUIPO INDUSTRIAL
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 autonoma permanente al funcionamiento de los equipos biomédicos de la ESE HUS con el fin	ene-18	dic-18	Durante el periodo de Enero a marzo se realizó inspección rutinaria diaria antes de iniciar	Subgerente Administrativo y Financiero	85%	25%	RONDAS DE SEGURIDAD 1 TRIMESTRE	Subgerente Administrativo y Financiero	88%	50%	RONDAS DE SEGURIDAD 2 TRIMESTRE

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	SEGUNDO TRIMESTRE DE 2018

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

PLAN DE ACCIÓN					SEGUIMIENTO No. PRIMER TRIMESTRE A 31 DE MARZO DE 2018					SEGUIMIENTO No. SEGUNDO TRIMESTRE A 30 DE JUNIO DE 2018								
CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
					FECHA INICIO	FECHA FINAL												
PD - 1	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.	1/02/2018	31/12/2018	Para el desarrollo del programa integral se está garantizando: 1. Seguimiento al contrato de obra para la intervención estructural de la Unidad de Oncología. 2. Solicitud de priorización del grupo de atención alivio al dolor y cuidado paliativo a pacientes oncológicos. 3. Proceso del licenciamiento para Braquiterapia. 4. Seguimiento a fundaciones.	Gerencia-Subgerencia de Servicios de Alto Costo- Coordinador de la Unidad	0	0%	Ciclo IV 2018-SSAC-00157-2018-Correo electrónico de fecha 20 de marzo de 2018 asunto: Documentación adicional al proceso 10098 Servicio Geológico Colombiano		Para el desarrollo del programa integral se sigue garantizando: 1. Seguimiento al contrato de obra para la intervención estructural de la Unidad de Oncología. 2. Solicitud de priorización del grupo de atención alivio al dolor y cuidado paliativo a pacientes oncológicos. 3. Proceso del licenciamiento para Braquiterapia. 4. Seguimiento a fundaciones ubicadas en la ESE HUS que se relacionen con el manejo de pacientes oncológicos. 5.	Gerencia-Subgerencia de Servicios de Alto Costo- Coordinador de la Unidad	0	40%	Acta de Grupo primario correspondiente a los meses de abril- mayo de 2018	
				Ofertar y vender el servicio de Braquiterapia a entidades de salud Externas				Gerencia-Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinador de la Unidad	0	0%				Gerencia-Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinador de la Unidad	0	40%		

PD - 8	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 facturado acumulado bimestral del servicio vig anterior / Valor facturado acumulado bimestral servicio vig actual	Incrementar el Número de cubículos de UCI Adultos	1/02/2018	31/12/2018	Se indico la fecha a la oficina de calidad para la autoevaluación de habilitación de apertura de la capacidad instalada de 3 cubículos en la ucia. Se realizan los planes de mejoras al informe presentado por la oficina de calidad. La oficina de calidad realiza el trámite ante la secretaria para el Registro Especial de Prestadores de Salud de Santander (REPS). Se pone en funcionamiento los cubículos con las garantías que exige la Resolución 2003 de 2014, desde el mes de febrero de 2018,	Subgerencia Servicios de Alto Costo- Oficina de Calidad	1.960.583.649 = 46% 1.337.852.049	100%	Correo electrónico de fecha 15 de Diciembre de 2018, asunto: Fecha para la visita grupo de calidad habilitación 3 cubículos. Correo electrónico de fecha 22 de diciembre de 2018, Asunto Informe habilitación apertura capacidad instalada, PLAN DE MEJORA GMC-CA-FO-48 VERSION 4, GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO, informe Produccion enero	Se pone en funcionamiento los cubículos con las garantías que exige la Resolución 2003 de 2014, desde el mes de febrero de 2018,	Subgerencia Servicios de Alto Costo- Oficina de Calidad	3.770.328.318 = 75% 5.030.804.477	100%	Informe de Produccion a mayo de 2018	
PD- PG - 9	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros 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	1/02/2018	31/12/2018	Para el desarrollo del programa Integral se está garantizando: 1. Seguimiento al contrato de obra para la intervención estructural de la Unidad de Oncología. 2. Solicitud de priorización del grupo de atención alivio al dolor y cuidado paliativo a pacientes oncológicos. 3. Proceso del licenciamiento para Braquiterapia. 4. Seguimiento a fundaciones ubicadas en la ESE HUS que se relacionen con el manejo de pacientes oncológicos. 5. Atención a la Ley 1388/2010 cancer infantil, funcionamiento de las aulas hospitalarias para mantener la escolaridad. 5. Contar con la Calibración de los equipos	Gerencia-Subgerencia de Servicios de Alto Costo- Coordinador de la Unidad	0	0%	Oficio N° 9000-SSAC-00157-2018-Correo electrónico de fecha 20 de marzo de 2018 asunto: Documentación adicional al proceso 10098 Servicio Geológico Colombiano - Acta de Grupo primario correspondiente a los meses de enero y febrero de 2018 (Item 3)	Para el desarrollo del programa Integral se sigue garantizando: 1. Seguimiento al contrato de obra para la intervención estructural de la Unidad de Oncología. 2. Solicitud de priorización del grupo de atención alivio al dolor y cuidado paliativo a pacientes oncológicos. 3. Proceso del licenciamiento para Braquiterapia. 4. Seguimiento a fundaciones ubicadas en la ESE HUS que se relacionen con el manejo de pacientes oncológicos. 5. Atención a la Ley 1388/2010 cancer infantil, funcionamiento de las aulas hospitalarias para mantener la escolaridad. 5. Contar con la Calibración de los equipos	Gerencia-Subgerencia de Servicios de Alto Costo- Coordinador de la Unidad	0	40%	Acta de Grupo primario correspondiente a los meses de abril - mayo de 2018	
PD - 12	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	1/02/2018	31/12/2018		Subgerencia de Servicios de Alto Costo - Medico Coordinador del Servicio -	0	0%	Se están creando las acciones de mejora para su posterior socialización		Subgerencia de Servicios de Alto Costo - Medico Coordinador del Servicio -	0	0%	Se están creando las acciones de mejora para su posterior socialización	
PD - 3	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos 80% los	R3. mejoramiento procesos asistenciales (gestión del riesgo)	Implementar en no menos del 80% los paquetes instruccionales	1/02/2018	31/12/2018	Se realizo socialización en el servicio de UCIP	Subgerencia de Servicios de Alto	0	0%	Acta de Grupo primario de los	Se solicitará al comité encargado se	Subgerencia de Servicios de Alto	0	0%		
PD-4	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	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.	1/02/2018	31/12/2018		Subgerencia servicios de Alto Costo- Unidad funcional docencia e investigación	0	0%		Se solicitará a la Unidad de Docencia e Investigación la certificación de cada institución superior en convenio de la formación docente de los profesores que forman parte del convenio.	La oficina de Docencia e Investigación informa que en reunión realizada en el Comité del Convenio Docencia - Servicio, E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER – UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER se trato el tema en el mes de enero, sobre la formación docente de los asistenciales, todos deben tener un certificado, un título de posgrado en formación o en pedagogía, que tenga mínimo tres años de experiencia docente, propuso que se realice la formación docente titulados por la UIS salgan como especialistas en docencia universitaria. Es un tema que quedó planteado y se tratará en las siguientes reuniones.	Subgerencia servicios de Alto Costo- Unidad funcional docencia e investigación	0	20%	
			No. De Guías socializadas en el trimestre/ Total de Guías	Garantizar trimestralmente la socialización de las caídas de pacientes, úlceras por presión UPP y administración de medicamentos					0	0%				0	0%		
														UCIA ENERO= 0 / 11 = 0 UCIP ENERO= 0 / 0 = 0 QUEMADOS ENERO= 0 / 1 = 0			

	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Disminuir el 10% de eventos adversos asociados a caídas de pacientes, úlceras por presión (UPP) y administración de medicamentos	Eventos adversos reportados sobre caídas de pacientes, úlceras por presión UPP y administración de medicamentos / total eventos adversos del Servicio	Realizar mensualmente monitorización y seguimiento a los eventos adversos presentados	1/02/2018	31/12/2018	En los Grupos primarios en los TEMAS ESPECIFICOS DEL SERVICIO, el Dr. Álvaro Gómez subgerente de Servicios de Alto Costo reitera que se deben reportar todos los incidentes o eventos presentados en la unidad con el personal médico y asistencial a través del sistema dispuesto por la oficina de calidad.	Subgerencia de Servicios de Alto Costo - Medico Coordinador del Servicio - Comites seguridad del paciente	0	0%	Acta de los meses de enero y febrero de 2018	Se solicitará al comité de seguridad del paciente se informe oportunamente cada mes los reportes presentados de eventos adversos e incidentes de las unidades pertenecientes a esta subgerencia.	Se realizo seguimiento a los eventos adversos presentados en los servicios	Subgerencia de Servicios de Alto Costo - Medico Coordinador del Servicio - Comites seguridad del paciente	UCIA FEBRERO= 3 / 7 = 0,42 UCIP FEBRERO= 0 / 6 =0 QUEMADOS FEBRERO= 0 / 0 = 0 UCIA MARZO= 1 / 7 = 0,14 UCIP MARZO= 0 / 0 =0 QUEMADOS MARZO= 0 / 0 = 0 UCIA ABRIL= 3 / 22 = 0,14 UCIP ABRIL= 0 / 4 =0 QUEMADOS ABRIL= 0 / 6 = 0 UCIA MAYO= 1 / 2 = 0,5 UCIP MAYO= 0 / 0 =0 QUEMADOS MAYO= 1 / 1 = 1	40%	Acta del Comité de Seguridad del Paciente -Correo electronico de fecha 03/07/2018 emitido por seguridaddelpaciente@hus.gov.co
PD - 14	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	Áreas que requieren mantenimiento intervenidas / total de áreas que requieren mantenimiento.	Se solicitara el plan de mantenimiento de los servicios a la oficina competente para realizar mensualmente la respectiva verificación del cumplimiento.	1/02/2018	31/12/2018	Las oficinas de Mantenimiento, Recursos Físicos, Sistemas Ufatí, allegaron los cronogramas de mantenimiento. La Subgerencia realizó seguimiento y programa reunion el día 23 de marzo de 2018 a fin de minimizar las fallas presentadas en los aires acondicionados de la UCIA como seguimiento.	Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinadores de las Unidades	0	0%	Correo electronico de fecha 21 de marzo de 2018, asunto: Invitación Reunion Acometida Aires Acondicionados UCIA (seguimiento), - correo electronico de fecha 27 de marzo de 2018, asunto: Mantenimiento Preventivo Abril 2018, -Formato Maestro Gestion de la Tecnologia GT-FO-01 (ufatí)- Cronograma Inspecciones de Seguridad del Ambiente Físico 2018.	A la fecha el proyecto de remodelación de infraestructura en la Unidad de Oncología y Radioterapia se encuentra suspendido. De igual forma se espera la puesta en marcha del Programa Médico Arquitectónico de la Institución y la actualización y puesta en marcha del proyecto de construcción, compra de equipos y certificación en buenas practicas de manufactura para gases medicinales INVIMA- Fase II	Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinadores de las Unidades	0	0%		
	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	Efectividad de la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	1-Colocar las manillas institucionales de identificación según aplique a cada paciente de la UCIA. 2-Verificación constante al cumplimiento de esta actividad.	1/02/2018	31/12/2018	De acuerdo al cronograma del comité de seguridad del paciente se tiene programada la ronda en el mes de marzo de 2018	Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinadores de las Unidades	0	0%	Oficio 1310-OC-116-2018 del asunto Rondas de Seguridad del Paciente y Sesiones Breves de Seguridad del Paciente 2018	Se realizaron rondas de seguridad del paciente	Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinadores de las Unidades	30	30%	Informe Ronda de Seguridad del Paciente UCIA	
	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Elaborar diagnóstico en los servicios prioritizados (urgencias, pediatría, oncología y sala partos) sobre privacidad y confort de la infraestructura	Diagnóstico por servicio sobre privacidad y confort de la infraestructura	Realizar diagnóstico cada tres meses a los servicios de Cuidado Intensivo Pediátrico y Adulto, 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	1/02/2018	31/12/2018	Se realizaron requerimientos a las oficinas competentes a fin de solicitar el apoyo en la elaboración de un diagnóstico priorizando los equipos biomédicos, la privacidad y el confort de usuarios.	Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinadores de las Unidades	0	0%	Oficio N° 9000-SSAC-00148-2018- Oficio N° 1310-OC-302-2018- Oficio N° 9000-SSAC-0025-2018- Oficio N° 9000-SSAC-00132-2018- Oficio N° 2230-GTSB-55-2018	Se obtuvo respuesta a la solicitud para lo cual se estipula una reunión a fin de coordinar las actividades y dar directrices necesarias para el diagnóstico de las unidades	Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinadores de las Unidades	0	10%	Oficio N° 2230-GTSB-98-2018	
													ENERO = N° de quejas por maltrato (1)= 0.5 N° total de quejas recibidas (2) FEBRERO = N° de quejas por maltrato (1)= 0.2 N° total de quejas recibidas (5)				

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%	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	1/02/2018	31/12/2018	Se realizó socialización Taller de Humanización Política de Humanización de la ESE HUS- Deberes y Derechos, el día 22 de marzo de 2018 en la Unidad de oncología y Radioterapia	Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinadores de las Unidades	N° de quejas por maltrato (1)=0.14 N° total de quejas recibidas (7)	25%	Formato Lista de Asistencia GTH-FO-20 Version 3 Proceso Gestion del Talento Humano	Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinadores de las Unidades	MARZO = N° de quejas por maltrato (0)= 0 N° total de quejas recibidas (0) ABRIL= N° de quejas por maltrato (1)= 0.25 N° total de quejas recibidas (4) MAYO= N° de quejas por maltrato (0)= 0 N° total de quejas recibidas (0) JUNIO= N° de quejas por maltrato (0)= 0 N° total de quejas recibidas (0)	45%	Consolidado de peticiones, quejas y reclamos
---	---	---	--	-----------	------------	---	---	--	-----	--	---	---	-----	--

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



PERIODO EVALUADO PRIMER TRIMESTRE

MACROPROCESO	
PROCESO RESPONSABLE	SUBGERENCIA MUJER INFANCIA
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	JURG NIEDERBACHER VELASQUEZ
CARGO LIDER DEL PROCESO	SUBGERENCIA MUJER INFANCIA

PLAN DE ACCIÓN

SEGUIMIENTO No. PRIMER TRIMESTRE 2018

SEGUIMIENTO No. SEGUNDO TRIMESTRE 2018

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES			
					FECHA INICIO	FECHA FINAL															
# REF!	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	1. Priorizar un programa de atención integral y desarrollo 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 desarrollo con ERP (Ej: Madre canguro,)	01/01/2018	31/12/2018	PROPUESTA POR PARTE DE LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	25%	Propuesta de la UCC para ESE HUS	DEMORAS EN EL PROCESO DE CONTRATACION POR FALTA DE PRESUPUESTO	SE EJECUTO LA CONTRATACION CON LA MODIFICACION Y ADICION AL ONTRATO #191	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	100%	OFIICO 4000-SMI-341-2017 MODIFICACION # 3 ADICION # 01 AL CONTRATO 191 DARSALUD	SE ESTA RELIZANDO INDUCION PARA REALIZACION DEL PROCESO			
# REF!	Mejorar la integralidad y resolutiveidad 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	(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	01/01/2018	31/12/2018	REUNIÓN CON LOS LIDERES DEL PAQUETE INSTRUCCIONAL PARA INICIAR LA IMPLEMENTACION DE ESTE SOLICITAR A SUBGERENCIA QUIRURGICA LA CAPACITACION DEL PERSONAL EN IMPLEMENTACION DE LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	25%	ACTA DE REUNIÓN CON LOS LIDERES DEL PAQUETE INSTRUCCIONAL OFICIO 4000 SMI 0095-2018 SOLICITUD DE CAPACITACION DE LISTA DE CHEQUEO CIRUGIA SEGURA.	DIFICULTAD EN HORARIOS PARA IMPLEMENTAR LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES POR MULTIPLICIDAD DE TAREAS	7. REUNION PARA ANALIZAR EL ALOJAMIENTO CONJUNTO EN EL PSIO 11 PREALTA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	25%		DIFICULTAD EN HORARIOS PARA IMPLEMENTAR LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES POR MULTIPLICIDAD DE TAREAS			
				2. Socializar las Guías y protocolos institucionales pertenecientes a la Subgerencia Mujer e Infancia	01/01/2018	31/12/2018	NO SE HA EJECUTADO	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	0%		DIFICULTAD PARA REUNIR A TODOS LOS ESPECIALISTAS Y MIEMBROS DE LA SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA AL MISMO TIEMPO PARA SOCIALIZAR LAS GUIAS	NO SE HA EJECUTADO	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	0%	DIFICULTAD PARA REUNIR A TODOS LOS ESPECIALISTAS Y MIEMBROS DE LA SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA AL MISMO TIEMPO PARA SOCIALIZAR LAS GUIAS	NO SE AJECUTADO			
				3. Presentar propuesta de la Unidad Intensivo Neonatal en el piso 10 del HUS	01/01/2018	31/12/2018	PROPUESTA DEL PROYECTO UNIDAD NEONATAL	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	1	100%	OFICIO 4000-SMI-090-2018 ESTUDIO DE VIABILIDAD PROYECTO UNIDAD NEONATAL, EVALUACION ECONOMICA Y FINANCIERA PROYECTO UNIDAD NEONATAL PISO 10, PRESENTACION EN COMITÉ DE GERENCIA EL PROYECTO UNIDAD NEONATAL-HUS	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	1	100%			SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	1	100%		SUSPENDIDO ADMINISTRATIVAMENTE
				4. Realizar la planeación de la unidad de hematología pediátrica 10 piso	01/01/2018	31/12/2018	REALIZACIÓN DE PROPUESTA "ESTABLECIMIENTO DE LA UNIDAD DE ATENCION DE CÁNCER INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (ESE HUS)"	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	50%	PROPUESTA ENTREGADA A DESARROLLO INSTITUCIONAL	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	50%	FALTA ADAPTAR LA PROPUESTA A LA METOLOGIA MARCO LOGICO PARA SER LLEVADA A COMITÉ DE GERENCIA	REALIZACIÓN DE PROPUESTA "ESTABLECIMIENTO DE LA UNIDAD DE ATENCION DE CÁNCER INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (ESE HUS)"	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	50%		FALTA ADAPTAR LA PROPUESTA A LA METOLOGIA MARCO LOGICO PARA SER LLEVADA A COMITÉ DE GERENCIA

		atención en salud)		5. Definir estrategias para la mejora de la Facturación y triage de Gineco- obstetricia y Pediatría	01/01/2018	31/12/2018	SOLITUD A LA SUBGERENCIA DE ENFERMERIA DE DOS PERFILES DE AUXILIARES PARA MEJORAR LA FACTURACIÓN Y TRIAGE	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	50%	OFICIO 4000 SMI 016 2018 DIRIGIDO A SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE ENFERMERIA	FALTA ADAPTAR EL PERFIL PARA SER INCLUIDO EN EL ACTUAL CONTRATO	SOLITUD A LA SUBGERENCIA DE ENFERMERIA DE DOS PERFILES DE AUXILIARES PARA MEJORAR LA FACTURACIÓN Y TRIAGE	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	50%	FALTA ADAPTAR EL PERFIL PARA SER INCLUIDO EN EL ACTUAL CONTRATO	
				6. Implementar estrategias de Atención Humanizada de la Mujer Gestante desde el Ingreso hasta el Egreso	01/01/2018	31/12/2018	SOCIALIZACIÓN INDICACIONES DE ACOMPAÑAMIENTO A MADRE GESTANTE EN COMITÉ PRIMARIO	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	25%	FORMATO DE SOCIALIZACIÓN INDICACIONES DE ACOMPAÑAMIENTO A MADRE GESTANTE EN COMITÉ PRIMARIO	SOCIALIZACIÓN INDICACIONES DE ACOMPAÑAMIENTO A MADRE GESTANTE EN COMITÉ PRIMARIO	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	25%			
				7. Crear el área de prealta acondicionada en el Piso 11	01/01/2018	31/12/2018	REALIZÓ REUNION PARA EL PROYECTO DE SALA PREALTA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	25%	ACTA DE LA REUNION	FALTA DE PRESUPUESTO	REALIZÓ REUNION PARA EL PROYECTO DE SALA PREALTA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	35%	ACTA DE REUNION DEL 17/07/2018 CORREO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL GUIA MODELO PARA EL PROYECTO	FALTA DE PRESUPUESTO FALTA DE DISPONIBILIDAD DEL DR CAMPO PARA ANILIZAR
				8. Establecer el proceso de atención de Cesarias programadas	01/01/2018	31/12/2018	ESTABLECIMIENTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE CESAREAS PROGRAMADAS EN GRUPO PRIMARIO DE GINECO OBSTETRICIA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	25%	ACTA DE GRUPO PRIMARIO GINECOOBSTETRICIA OFICIO DIRIGIDO A SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	LAS ERP INCUMPLEN CON LOS ESTABLECIDO	ESTABLECIMIENTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE CESAREAS PROGRAMADAS EN GRUPO PRIMARIO DE GINECO OBSTETRICIA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	30%	ESTABLECIMIENTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE CESAREAS PROGRAMADAS EN GRUPO PRIMARIO DE GINECO OBSTETRICIA	LAS ERP INCUMPLEN CON LOS ESTABLECIDO DILGNCIMIENTO CONTRATACION CON LAS ERP
#jREF!	Mejorar la integralidad y resolutividad 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: Neonatología, Maestria Materno fetal)	01/01/2018	31/12/2018	NO SE HA EJECUTADO	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	0%			NO SE HA EJECUTADO	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	0%		
#jREF!	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	01/01/2018	31/12/2018	SOCIALIZACION PLAN DE DESARROLLO HUS	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	25%	FORMATO ASISTENCIA REUNION CONJUNTA INFORMATIVA PEDIATRIA Y GINECOOBSTETRICA	MULTIPLICIDAD DE ACTIVADES	REALIZACION NORMATIVA, ENTRE OTRAS ACTIVIDADES DE ACREDITACION	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	25%		MULTIPLICIDAD DE ACTIVADES
#jREF!	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	01/01/2018	31/12/2018	PARTICIPACION DE PROFESIONALES Y ESPECIALISTAS EN LAS ACTIVIDADES DE ACREDITACIÓN	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0,051	5%	LISTADO DE ASISTENCIA POR PARTE DE ACREDITACIÓN	FALTA DE DISPONIBILIDAD DE TIEMPO DEL PERSONAL PERTENECIENTE A LA SUBGERENCIA	PARTICIPACION DE PROFESIONALES Y ESPECIALISTAS EN LAS ACTIVIDADES DE ACREDITACIÓN	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0,051	5%		FALTA DE DISPONIBILIDAD DE TIEMPO DEL PERSONAL PERTENECIENTE A LA SUBGERENCIA
#jREF!	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	Áreas intervenidas / total de áreas que requieren mantenimiento.	1. Socializar y ejecutar el plan de mantenimiento	01/01/2018	31/12/2018	NO SE HA EJECUTADO	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	0%		NO SE HA SOLICITADO EL PLAN DE MANTENIMIENTO ANUAL	NO SE HA EJECUTADO	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	0%		NO SE HA SOLICITADO EL PLAN DE MANTENIMIENTO ANUAL
				2. Hacer seguimiento al cumplimiento del plan de mantenimiento vigente	01/01/2018	31/12/2018	NO SE HA EJECUTADO	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	0%		NO SE HA SOLICITADO EL PLAN DE MANTENIMIENTO ANUAL	NO SE HA EJECUTADO	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA	0	0%		NO SE HA SOLICITADO EL PLAN DE MANTENIMIENTO ANUAL

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	SEGUNDO TRIMESTRE 2018

MACROPROCESO	SUBGERENCIA DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPEUTICO
PROCESO RESPONSABLE	CONSULTA EXTERNA
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	LUZ MERY BUENAHORA LUNA
CARGO LIDER DEL PROCESO	ENFERMERA JEFE CONSULTA EXTERNA

PLAN DE ACCIÓN				SEGUIMIENTO No. 1								SEGUIMIENTO No. 2						
CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
					FECHA INICIO	FECHA FINAL												
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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) x 100	Capacitación al personal del servicio sobre el trato humanizado	1/03/2018	31/10/2018	1 Se solicitó al personal de apoyo de Consulta Externa, los certificados de realización de Curso de Humanización, o Certificación de inscripción	LUZ MERY BUENAHORA	77,78%	77,78%	7 Certificados de la realización del curso de humanización y dos inscripciones	De los 9 Ejecutores participes que apoyan la labor en el Servicio, 7 ya cuentan con la Certificación de Aprobación del Curso de Humanización	1 Se solicitó al personal de apoyo de Consulta Externa, los certificados de realización de Curso de Humanización, o Certificación de inscripción	LUZ MERY BUENAHORA	88,89%	88,89%	8 Certificados de la realización del curso de humanización y una inscripción	De los 9 Ejecutores participes que apoyan la labor en el Servicio, 8 ya cuentan con la Certificación de Aprobación del Curso de Humanización
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar Autoevaluación 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	1/02/2018	31/10/2018	1 Se documento e implemento el Plan de Mejora, producto de los hallazgos de Habilitación. 2 De los 8 hallazgos se han iniciado 7, de los cuales 1 ya esta cumplido al 100%	LUZ MERY BUENAHORA	12,50%	12,50%	1 Plan de Mejora Autoevaluación de Habilitación 2 Soportes de las actividades iniciadas para dar cumplimiento al plan de mejora	Se anexa archivo con carpeta por cada acción planteada e iniciada. De los 8 Hallazgos, 3 ya se subsanaron. (Tapa baños Consulta Externa, Curso Atención a Víctimas de Violencia Sexual y defnir utilidad Sala Proc Menores)	1 El 100% de los colaboradores del Servicio de Consulta Externa ya realizaron el curso de Atención a Víctimas de Violencia Sexual 2 Se defnirio utilidad sala de Proc Menores. 3 hallazgos ya estan subsanados al 100%	LUZ MERY BUENAHORA	37,50%	37,50%	1 Plan de Mejora Autoevaluación de Habilitación 2 Soportes de las actividades iniciadas para dar cumplimiento al plan de mejora	

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	(Número 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	1/02/2018	31/12/2018	1. Se asistió a las reuniones programadas por Acreditación para el análisis de los Estándares de Acceso, Registro e Ingreso. 2. Se realizó MCC1 Y Enfoque Preventivo.	JEFE MONICA RODRIGEZ	22,22%	11,11%	1. Actas de Reunión 1, 3,4,5 con su respectivo listado de asistencia (Estándares Acceso, Registro e Ingreso) 2. Envío por correo electrónico de MCC1 y Enfoque Preventivo de los Estándares de Acceso, registro e ingreso	Para el 2018 se tienen programadas 9 capacitaciones, de las cuales se ha asistido a 2 capacitaciones	1) Se asistió a las reuniones programadas por Acreditación para la elaboración de la Caracterización, La política, el normograma y la adopción del paquete Instruccional de Autoevaluación 2) Socialización Productos C Externa	JEFE MONICA RODRIGEZ	56%	27,78%	1). Planillas de Asistencia a la continuación de Normogramas, caracterización y Referenciación Paquete Instruccional Autoevaluado. 2)Presentaciones Socializaciones Productos Consulta Externa	Para el 2018 se tienen programadas 9 capacitaciones, de las cuales se ha asistido a 5 capacitaciones
		Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	(N° de autoevaluación de acreditación realizada / N° de autoevaluación de acreditación planeada) x 100	Hacer seguimiento a la convocatoria de Autoevaluación de Acreditación y asistir a ella	1/02/2018	31/12/2018	N/A	JEFE MONICA RODRIGEZ	0,00%		N/A	N/A	JEFE MONICA RODRIGEZ	0%		A la fecha no se ha realizado la Autoevaluación de Acreditación	N/A	
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	(Número 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 las desviaciones encontradas	1/01/2018	31/12/2018	Se revisaron los resultados de la encuesta de satisfacción aplicada a Consulta Externa en los meses de enero, febrero y marzo	LUZ MERY BUENAHORA	82,21%	25,00%	Resultados de las encuestas de los meses de febrero y marzo de 2018. (según reporte del SIAU)	Se suman los resultados del primer trimestre, obteniendo un indicador superior del 80%. Y un cumplimiento del 25% (1 trimestre ejecutado de 4 trimestres a medir)	Se revisaron los resultados de la encuesta de satisfacción aplicada a Consulta Externa en los meses de abril y mayo. Pendiente entrega de informe consolidado de las encuestas aplicadas en junio	LUZ MERY BUENAHORA	83,10%	50,00%	Resultados de los indicadores de las encuestas de los meses de abril y mayo. Correos remitidos al SIAU solicitando los resultados de las encuestas de junio de 2018.	A fecha de entrega de avances POA no se recibió por parte del SIAU el consolidado de la encuesta

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	SEGUNDO TRIMESTRE 2018

MACROPROCESO	SUBGERENCIA DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPEUTICO
PROCESO RESPONSABLE	FARMACIA
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	MANUEL DE JESUS JIMENEZ
CARGO LIDER DEL PROCESO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO FARMACIA

PLAN DE ACCIÓN					SEGUIMIENTO No. 1							SEGUIMIENTO No. 2						
CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
					FECHA INICIO	FECHA FINAL												
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad en la prestación de los servicios de salud	Realizar una capacitación sobre procesos de atención humanizada, Derechos y Deberes y Seguridad del Paciente	(Número de Asistentes a la capacitación de Derechos y Deberes/ Numero total de personal de Farmacia) x 100 (Número de Asistentes a la capacitación de Humanización/ Numero total de personal de Farmacia) x 100 (Número de Asistentes a la capacitación de Seguridad del Paciente/ Numero total de personal de Farmacia) x100	Capacitación del personal del servicio farmacéutico en: 1- deberes y derecho de los pacientes. 2) Humanización de la atención al momento de dispensar medicamentos y dispositivos médicos 3) Seguridad del paciente con el fin de disminuir el riesgo de sufrir un evento adverso durante la atención en salud	1/03/2018	31/12/2018	El día 21/03/2018 se remitió oficio a la Oficina Asesora de Calidad, solicitando capacitación en humanización para todo el	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	0	0,00%	Comunicación radicado 502-GTSP-0122-2018	Se iniciara en abril	De los 41 funcionarios que apoyan el Servicio Farmacéutico, 38 han realizado la inducción al HUS, específicamente en Derechos y Deberes. (Capacitación Virtual SIAU)	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	92,68%	76,42%	38 certificados de realización del proceso de Inducción al HUS	Los 3 colaboradores restantes ya realizaron el curso, pero no han recibido la certificación respectiva
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	(Número 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	1/02/2018	31/12/2018	1. Se asistió a las reuniones programadas por Acreditación para el análisis de los Estándares de Gestión de la Tecnología. 2. Se realizó MCC1 Y Enfoque Preventivo.	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	22,22%	11,11%	1. Soporte de Certificación de seminario taller de mejoramiento continuo de la calidad con enfoque en acreditación.	Para el 2018 se tienen programadas 9 capacitaciones, de las cuales se ha asistido a 2 capacitaciones	1) Se asistió a las reuniones programadas por Acreditación para la elaboración de la Caracterización, La política, el normograma y la adopción del paquete Instruccional de Seguridad en la utilización de medicamentos 2) Socialización Productos Farmacia	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	55,56%	27,78%	1. Planillas de Asistencia a la continuación de Políticas, Normogramas, y caracterizaciones 2. Caracterización, Normograma y Referenciación Paquete Instruccional Seguridad en la utilización de medicamentos 3)Presentaciones Socializaciones Productos Farmacia	Para el 2018 se tienen programadas 9 capacitaciones, de las cuales se ha asistido a 2 capacitaciones
PD	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	Hacer seguimiento a la convocatoria de Autoevaluación de Acreditación y asistir a ella	1/02/2018	31/12/2018	N/A	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	0,00%		N/A	N/A	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	0,00%		A la fecha no se ha realizado la Autoevaluación de Acreditación	N/A	
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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 medicamentos) para garantizar atención segura detectar, prevenir y reducir el riesgo asociado a la atención en salud)	(Número de Capacitaciones de farmacovigilancia realizadas/ total de capacitaciones de farmacovigilancia Programadas) X 100 (Número de asistencia del personal de farmacia a Rondas de Seguridad/ Numero de Rondas de Seguridad programadas) x100	Verificación del cumplimiento del cronograma de farmacovigilancia para los diferentes servicios de la ESE HUS 2)Participación en Ronda de Seguridad del Paciente	1/03/2018	31/12/2018	1. Se realiza un cronograma de capacitaciones sobre Farmacovigilancia para el Primer Semestre 2018. Se participo en las Rondas de Seguridad del Paciente de: CX General, Farmacia, Lactario, Medicina Interna, Hematología, Quirofano, Servicio de Alimentos, Uci Adultos, Uci pediátrica, Urgencias Pediatricas	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	0,00%	16,18%	Soporte de Cronograma Farmacovigilancia I Semestre 2018.	Capacitaciones no iniciadas por rotación de personal	Se realiza presentación sobre farmacovigilancia y el Uso Seguro de los Medicamentos por la aplicación Aula Virtual Moodle, pendiente habilitar acceso al personal asistencial	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	0,00%	23,53%	Soporte de Presentación en Aula Virtual Moodle	Pendiente habilitar acceso al personal asistencial
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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 medicamentos) para garantizar atención segura detectar, prevenir y reducir el riesgo asociado a la atención en salud)	(Número de asistencia del personal de farmacia a Rondas de Seguridad/ Numero de Rondas de Seguridad programadas) x100	2)Participación en Ronda de Seguridad del Paciente	1/03/2018	31/12/2018	Se participo en las Rondas de Seguridad del Paciente de: CX General, Farmacia, Lactario, Medicina Interna, Hematología, Quirofano, Servicio de Alimentos, Uci Adultos, Uci pediátrica, Urgencias Pediatricas	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	32,35%		Soporte de rondas de Seguridad del Paciente realizadas en el primer trimestre del 2018.	Se han realizado 11 rondas de seguridad de paciente de las 34 rondas en las que participa el Servicio Farmacéutico	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	47,06%		Soporte de rondas de Seguridad del Paciente realizadas en el primer trimestre del 2018.	Se han realizado 16 rondas de seguridad de paciente de las 34 rondas en las que participa el Servicio Farmacéutico	

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	SEGUNDO TRIMESTRE

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

PLAN DE ACCIÓN					SEGUIMIENTO No. 1							SEGUIMIENTO No. 2						
CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
					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	Realizar análisis de los resultados de satisfacción de los usuarios hospitalizados.	1/02/2018	1/12/2018	1. Se incluyeron dentro de la Encuesta de Satisfacción que aplica el SIAU, preguntas sobre la prestación del servicio de nutrición (clínica y servicio de alimentos).	Adriana López Pulido	74%	25.0%	1. Acta de reunión con SIAU 2. Informe Ejecutivo Enero y Febrero 2018. 3. Correo electrónico dirigido al SIAU solicitando resultados de la encuesta de satisfacción del mes de Marzo de 2018. En cuanto al porcentaje de avance de la actividad, se tiene en cuenta que son 12 meses, por lo tanto, los resultados emitidos son de Enero, Febrero y Marzo equivalente a 25%. Hasta el momento, no se han formulado planes de mejora hasta el momento.	Se analizaron los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción y se levanto plan de mejora para los criterios que presentaron un % de satisfacción menor al 80%	Adriana López Pulido	77%	41.7%	1. Acta de reunión con Nutricionistas 2. Plan de mejora documentado 3. Evidencias ejecución Plan de Mejora	El resultado del indicador es del 74% que nos indica la satisfacción global en cuanto a criterios de Nutrición que están definidos en la Encuesta de Satisfacción del Usuario durante los meses de Abril y Mayo. En cuanto al mes de Junio está pendiente el reporte de resultados por parte del área encargada. En cuanto al porcentaje de avance de la actividad, se tiene en cuenta que son 12 meses, por lo tanto, los resultados emitidos son con corte a mayo a (41.7%).	
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Obtener resultado de medición de satisfacción del cliente interno superior al >80%	Sumatoria de respuestas de criterios de satisfacción al cliente interno que manifiestan estar satisfechas / Total de respuestas * 100	Realizar análisis de los resultados de la Encuesta de Satisfacción del Cliente Interno	1/03/2018	1/12/2018	1. Se realizó reunión con la Oficina del SIAU. 2. Se diseñó y elaboró la encuesta para medir la satisfacción del cliente interno con respecto al servicio de nutrición y alimentación intrahospitalaria.	Adriana López Pulido	0%	20%	1. Acta de reunión con SIAU 2. Encuesta de Satisfacción al Cliente Interno Hasta el momento no tenemos resultados de los indicadores ya que están en proceso las actividades.	1. Se remitió encuesta de satisfacción a la Oficina Asesora de Calidad para su aprobación y codificación. 2. Encuesta de satisfacción codificada	Adriana López Pulido	0%	40%	1. Correo electrónico para aprobación por parte de SSAAT 2. Correo electrónico de envío de Encuesta de Satisfacción a la Oficina Asesora de Calidad y respuesta. 3. Correo electrónico y encuesta de Satisfacción al Cliente Interno codificada 4. Encuesta de satisfacción al cliente interno codificada	El porcentaje de avance de la actividad es del 40% ya que se realizó la segunda actividad de las 5 (Cinco) pendientes. Hasta el momento no tenemos resultados de los indicadores ya que están en proceso las actividades.	
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 *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 la vigencia 2018	1/02/2018	1/10/2018	1. Se asistió a las reuniones programadas por Acreditación: Gestión del Ambiente Físico y PACAS. A la fecha no se ha realizado la Autoevaluación de Acreditación	Adriana López Pulido	22.2%	11.1%	1. Listados de asistencia 2. Envío por correo electrónico de MCC1 y Enfoque Preventivo de la Evaluación necesidades al ingreso a la oficina de Acreditación. 3. Diploma de Seminario Taller de Mejoramiento	Hasta el momento se ha cumplido con la asistencia a todas las reuniones convocadas, para el año se tienen programadas 9 (Nueve) reuniones en total. A la fecha de corte no se ha realizado autoevaluación, esta se realizará en	1. Se asistió a las reuniones programadas por Acreditación para la elaboración de la Caracterización, Política, normograma y la adopción del paquete Instruccional de Malnutrición o Desnutrición A la fecha no se ha realizado la Autoevaluación de Acreditación	Adriana López Pulido	55.6%	27.8%	1. Planillas de Asistencia a la construcción de Políticas, Normogramas, y caracterizaciones 2. Caracterización, Normograma y Referencial Paquete Instruccional de Malnutrición o Desnutrición	Para el 2018 se tienen programadas 9 capacitaciones, de las cuales se ha asistido a 5 capacitaciones
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.	1/04/2018	1/12/2018	1. La Subgerencia de Mujer e Infancia emite autorización para implementación de la herramienta de tamizaje nutricional pediátrico - StrongKids-, en la historia clínica de Consulta Inicial de 2. Se realiza socialización del tamizaje nutricional pediátrico - StrongKids-. 3. Se realiza análisis de las valoraciones nutricionales: tamizaje nutricional, respuestas a interconsultas por nutrición clínica, oportunidad en las respuestas a interconsultas por nutrición clínica.	Adriana López Pulido	33.3%	33.3%	1. Carta Dr. Jurg. Subgerente Mujer e Infancia autorizando implementación tamizaje nutricional pediátrico. 2. Listados de Asistencia socialización tamizaje nutricional pediátrico con Coordinador Urgencias Pediátricas. (Dr. Pradilla) 3. Invitación por correo electrónico a la socialización herramienta de tamizaje nutricional pediátrico - StrongKids-. 4. Acta y listado de asistencia socialización del	Total de actividades de Nutrición Clínica en el Paquete Instruccional: 12 (Doce). Por lo tanto, Hasta el momento hay 4 actividades desarrolladas de las 12 requeridas.	1. Se realiza implementación del tamizaje nutricional en la consulta inicial de urgencias pediátricas 2. Se elabora documento para la implementación de clasificación nutricional para madres gestantes en DINAMICA y se retroalimenta con el Equipo de Nutricionistas y la Subgerencia de Mujer e Infancia. 3. Se realiza análisis de las valoraciones nutricionales: tamizaje nutricional, respuestas a Interconsultas por nutrición clínica, oportunidad en las respuestas a interconsultas por nutrición clínica del trimestre Abril a Junio de 2018	Adriana López Pulido	41.7%	41.7%	1. Documento de clasificación Nutricional a Madres Gestantes. 2. Correo electrónico donde se envía propuesta de clasificación nutricional de Madres Gestantes a Equipo de Nutricionistas y Subgerencia de Mujer e Infancia	Total de actividades de Nutrición Clínica en el Paquete Instruccional: 12 (Doce). Por lo tanto, Hasta el momento hay 5 actividades desarrolladas de las 12 requeridas.

AÑO DE VIGENCIA	2018
PERÍODO EVALUADO	SEGUNDO TRIMESTRE 2018
MACROPROCESO	SUBGERENCIA DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPEUTICO
PROCESO RESPONSABLE	REHABILITACION
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	ANA GINEYDA ANGARITA
CARGO LIDER DEL PROCESO	COORDINADORA REHABILITACION

PLAN DE ACCIÓN				SEGUIMIENTO No. 1								SEGUIMIENTO No. 2						
CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
					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 usuario	(No de usuarios encuestados que manifiestan estar satisfechos con el servicio de rehabilitación / Total de encuestas realizadas a usuarios de 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	1/06/2018	31/12/2018	Actividad no iniciada	ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	0%	0.00%	NA	Se revisó la base de datos de encuestas de satisfacción aplicadas por el SIAU y se evidencia que no se aplican encuesta a Rehabilitación, se realiza solicitud al SIAU para la realización de encuestas en el área de Rehabilitación a partir del mes de junio	Se aplicaron las encuestas de Satisfacción en el mes de Junio. Pendiente entrega de informe consolidado de las encuestas	ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	0%	14.29%	Correos remitidos al SIAU solicitando los resultados de las encuestas	A fecha de entrega de avances POA no se recibió por parte del SIAU el consolidado de la encuesta

PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar Autoevaluación de Habilitación	(# 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	1/02/2018	31/10/2018	1. Se documento e implemento el Plan de Mejora, producto de los hallazgos de Habilitación. 2. De los 26 hallazgos de han iniciado 23, de los cuales 7 ya esta cumplido al 100%	ANA GINEYDA ANGARITA MARTINEZ	26,9%	26,9%	1 Plan de Mejora Autoevaluación de Habilitación 2 Soportes de las actividades iniciadas para dar cumplimiento al plan de mejora	Se anexa archivo con carpeta por cada acción planteada e iniciada	1). Se trasladaron 5 hallazgos a la Subgerencia Medica, por no pertenecer al Servicio de Rehabilitación. 2). 9 de los 21 hallazgos restantes ya se encuentran cerrados	ANA GINEYDA ANGARITA MARTINEZ	53,8%	53,8%	1 Soportes de las actividades iniciadas, trasladadas y las 2 cerradas en este trimestre	Pendiente cerrar 12 actividades, actualmente 11 en estado iniciadas, 1 en estado no iniciada
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	1/02/2018	31/12/2018	1. Se asistió a las reuniones programadas por Acreditación para el análisis de los Estándares de Acceso, Registro e ingreso. 2. Se realizó MCC1 Y Enfoque Preventivo.	ANA GINEYDA ANGARITA MARTINEZ	22%	11%	1. Actas de Reunión 1,2,3,4,5, con su respectivo listado de asistencia (Estándares Acceso, Registro e ingreso) 2. Envío por correo electrónico de MCC1 Y Enfoque Preventivo de los Estándares de Acceso, registro e ingreso	Para el 2016 se tienen programadas 9 capacitaciones, de las cuales se ha asistido a 2 capacitaciones	1. Se asistió a las reuniones programadas por Acreditación para la elaboración de la Caracterización, Política, normograma y la adopción del paquete Instruccional de Autoevaluación. 2. Socialización Productos Rehabilitación	ANA GINEYDA ANGARITA MARTINEZ	55,6%	27,8%	1) Planillas de Asistencia a la construcción de Políticas, Normogramas, caracterización y Referenciación Paquete Instruccional Autoevaluado 2)Presentaciones Socializaciones Productos Rehabilitación	Para el 2018 se tienen programadas 9 capacitaciones, de las cuales se ha asistido a 5 capacitaciones
		Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	(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	1/02/2018	31/12/2018	1. Se asistió a las reuniones programadas por Acreditación: para el análisis de los Estándares de Acceso, Registro e ingreso. 2. Se realizó MCC1 Y Enfoque Preventivo.	ANA GINEYDA ANGARITA MARTINEZ	0%	0%	A la fecha no se ha realizado la Autoevaluación de Acreditación	NA	NA	ANA GINEYDA ANGARITA MARTINEZ	0,0%	0,0%	A la fecha no se ha realizado la Autoevaluación de Acreditación	NA
PD	Implementación de los paquetes instruccionales priorizados para el área de Rehabilitación	Capacitar al personal en los paquetes instruccionales priorizados para el área	(Numero de personal capacitado en el área de rehabilitación/Total del personal de rehabilitación)*100	Realizar capacitación al personal en paquetes instruccionales	1/03/2018	30/07/2018	Se realizó revisión de paquetes instruccionales	ANA GINEYDA ANGARITA MARTINEZ	0%	0%	Se realizó lectura y adopción del paquete instruccional de Educar al paciente en el Autoevaluado de su Seguridad	Se realizó lectura y adopción del paquete instruccional de Educar al paciente en el Autoevaluado de su Seguridad	ANA GINEYDA ANGARITA MARTINEZ	100%	97%	Presentación y Evaluación del Paquete a los Colaboradores del Servicio de Rehabilitación (Google Formulario). Informe de despliegue a los colaboradores.	Pendiente la presentación de la evaluación por parte de 3 colaboradores para lograr la cobertura del 100%	
		Medir adherencia a los paquetes instruccionales	No de evaluaciones que evidencian adherencia a los paquetes / total de evaluaciones aplicadas * 100	Realizar evaluación de la adherencia a los paquetes instruccionales	1/03/2018	30/11/2018	1. Capacitación al personal de rehabilitación en paquetes instruccionales 2. Evaluar adherencia a la implementación de los paquetes	ANA GINEYDA ANGARITA MARTINEZ	0%	0%	1. Capacitación al personal de rehabilitación en paquetes instruccionales 2. Evaluar adherencia a la implementación de los paquetes	1. Capacitación al personal de rehabilitación en paquetes instruccionales 2. Evaluar adherencia a la implementación de los paquetes	ANA GINEYDA ANGARITA MARTINEZ	93%	93%	Informe de despliegue a los colaboradores.	Informe de despliegue a los colaboradores.	
PD	Capacitar al personal de Rehabilitación sobre procesos de atención humanizada	Realizar una capacitación 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.	1/03/2018	31/10/2018	1 Se solicitó al personal rehabilitación, los certificados de realización de Curso de Humanización o Certificación de	ANA GINEYDA ANGARITA MARTINEZ	21%	21%	10 Certificados de la realización del curso de humanización	Se anexa archivo de certificaciones	Se solicitó al personal rehabilitación, los certificados de realización de Curso de Humanización o Certificación de inscripción	ANA GINEYDA ANGARITA MARTINEZ	45%	45%	21 Certificados de la realización del curso de Humanización	Se anexa archivo de certificaciones

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-PO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA: 2018
PERIODO EVALUADO: 01/04/2018 - 30/06/2018

MACROPROCESO	
PROCESO RESPONSABLE	MISIONALES - TRANSVERSALES DE ENFERMERIA
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	HELDA CECILIA AMAYA DIAZ
CARGO LIDER DEL PROCESO	SUBGERENTE SERVICIOS DE ENFERMERIA

PLAN DE ACCIÓN

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO No. 1		OBSERVACIONES	SEGUIMIENTO No. 2		OBSERVACIONES		
					FECHA INICIO	FECHA FINAL			RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD		EVIDENCIAS	RESULTADO DEL INDICADOR		PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	
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 Intra institucional - Camilleros, en Atención al Cliente.	Febrero de 2018	Diciembre de 2018	Revisión en la plataforma del SENA las capacitaciones y/o cursos habilitados para coordinar con el área de talento humano y la empresa contratista que se le adjudicó el proceso misional a partir del 11/04/2018.	Talento Humano y Empresa Contratista	N.A. para la Subgerencia de Enfermería, Informe institucional informado por el SIAU	5%	Se adjunta imagen de la plataforma del SENA, en donde se oferta el curso o capacitación, el cual será coordinado con la empresa contratista a la cual se adjudicó el contrato, en conjunto con la unidad funcional de talento humano.	Revisión en la plataforma del SENA las capacitaciones y/o cursos habilitados para coordinar con el área de talento humano y la empresa contratista que se le adjudicó el proceso misional a partir del 11/04/2018.	Talento Humano y Empresa Contratista	N.A. para la Subgerencia de Enfermería, Informe institucional informado por el SIAU	5%	
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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 Intra institucional - Camilleros.	Enero de 2018	Diciembre de 2018	Se reportan quejas 104 y 119 B de acuerdo al oficio 3000-SSE-118-2018, presentadas durante el primer trimestre de 2018.	SIAU - Subgerente Servicios de Enfermería	N.A. para la Subgerencia de Enfermería, Informe institucional informado por el SIAU	25%	Se adjunta oficio con los respectivos anexos.	Se reportan quejas: 1. Queja N° 149 oficio 3000-SSE-141-2018. 2. Queja N° 165 oficio 3000-SSE-146-2018. 3. Queja N° 200 oficio 3000-SSE-200-2018. 4. Queja N° 207 oficio 3000-SSE-144-2018. Presentadas durante el segundo trimestre de 2018.	SIAU - Subgerente Servicios de Enfermería	N.A. para la Subgerencia de Enfermería, Informe institucional informado por el SIAU	50%	Se adjuntan reportes de quejas a la empresa contratista (PQRS 149, 165, 200 y 207).
				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 intra institucional - Camilleros por parte de la empresa contratista.	Enero de 2018	Diciembre de 2018	Se realizó investigación, seguimiento y se implementaron los planes de mejora de los PQRS del primer trimestre de 2018.	Enfermera asignada a Humanización, Subgerente Servicios de Enfermería, Empresa Contratista y E.P.E. Coordinadores de enfermería.	25%	Se anexa la investigación, seguimiento e implementación del plan de mejora para la disminución de PQRS.	Se realizó investigación, seguimiento y se implementaron los planes de mejora de los PQRS del Segundo trimestre de 2018.	Enfermera asignada a Humanización, Subgerente Servicios de Enfermería, Empresa Contratista y E.P.E. Coordinadores de enfermería.	50%	Se adjuntan la investigación, seguimiento y planes de acción de los PQRS (PQRS 149, 165, 200 y 207).		
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad en la prestación de los servicios de salud	Aumentar el 70% el porcentaje de satisfacción relacionada con el Confort, en áreas de atención y espera para los acompañantes permanentes.	(Usuarios encuestados sobre confort, en áreas de atención y 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.	Mayo de 2018	Julio de 2018		Lider equipo de Humanización y su equipo	N.A. para la Subgerencia de Enfermería, Informe institucional informado por el SIAU	N.A.		Se realizó cronograma de visitas de Humanización.	Lider equipo de Humanización y su equipo	N.A. para la Subgerencia de Enfermería, Informe institucional informado por el SIAU	10%	Se adjunta cronograma de visitas de Humanización.
				2. Priorizar las necesidades informadas por los usuarios.	Agosto de 2018	Septiembre de 2018		Lider equipo de Humanización y su equipo	N.A.		Lider equipo de Humanización y su equipo	N.A.				
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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 capacitaciones de atención humanizada a los ejecutores de Enfermería, Auxiliatura de Enfermería, Mensajería Asistencial y Traslado Intra institucional - Camilleros.	Junio de 2018	Diciembre de 2018		Comité de Educación de Enfermería, Subgerente Servicios de Enfermería y equipo de Humanización	N.A.	N.A.		Se realizó cronograma para la capacitación de atención humanizada a los ejecutores de Enfermería, Auxiliatura de Enfermería, Mensajería Asistencial y Traslado Intra institucional - Camilleros. Ver cronograma.	Comité de Educación de Enfermería, Subgerente Servicios de Enfermería y equipo de Humanización	0%	10%	Se adjunta cronograma.
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad en la prestación de los servicios de salud	Elaborar diagnóstico en los servicios priorizados (urgencias, pediatría, oncología y sala partos) sobre privacidad y	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.	Julio de 2018	Agosto de 2018		Lider equipo de Humanización y su equipo	N.A.	N.A.		Se realizó cronograma de visitas para diagnóstico de Privacidad y Confort en los servicios priorizados.	Lider equipo de Humanización y su equipo	0%	10%	Se adjunta cronograma.

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)	1. Revisar las línea base de los eventos adversos (Caídas, Úlceras por presión y Administración de Medicamentos).	Mayo de 2018	Junio de 2018		Unidad de Gestión en Seguridad del Paciente y Subgerente Servicios de Enfermería	61.5%	N.A.		Se adjunta socialización del 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).	Unidad de Gestión en Seguridad del Paciente y Subgerente Servicios de Enfermería			Tema que se tratara en la próxima reunión de la unidad de gestión de seguridad del paciente.				
				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).	Febrero de 2018	Diciembre de 2018	Se realizó socialización en los meses de enero, febrero y marzo de los protocolos 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).	Comité de Educación de Enfermería		10%	Se adjunta socialización del 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) (xx folios)						Comité de Educación de Enfermería	42%	Se adjunta informe de evaluación de protocolo cuidado de enfermería para la persona con riesgo de caídas ENF-PT-19 .	
				3. Elaborar, aprobar y realizar implementación del protocolo administración segura de medicamentos.	Febrero de 2018	Diciembre de 2018	Se encuentra en creación y aprobación por parte del comité de protocolos de enfermería el "Protocolo Administración segura de medicamentos"	Comité de protocolos de Enfermería		35%	Se adjuntan actas del comité de protocolos de enfermería del 25/01/2018 y 01/02/2018 del trabajo continuo en la creación y aprobación del protocolo administración segura de medicamentos						Comité de protocolos de Enfermería	N.A. para la Subgerencia de Enfermería, Informe institucional informado por Unidad de Gestión de Seguridad del Paciente	40%	Se adjunta prueba alfa por parte del comité de Educación del cuidado de enfermería el "Protocolo Administración segura de medicamentos"
				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 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).	Febrero de 2018	Diciembre de 2018	En el mes de Marzo se realizo revisión en los servicios la existencia de los siguientes insumos: Colchones antiescaras, Colchonetas antiescaras, Almohadas y Posicionadores de diferentes presentaciones.	Comité de calidad del cuidado de Enfermería		10%	Junta informe por ser						Comité de calidad del cuidado de Enfermería	40%	Se adjunta informe de revisión y auditoria de seguimiento y adherencia a la la 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).	
				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).	Marzo de 2018	Septiembre de 2018	De acuerdo al cronograma de medición y seguimiento a la adherencia del protocolo ENF-PT-19 Protocolo cuidado de enfermería para la persona con riesgo de caídas.	Comité de calidad del cuidado de Enfermería		50%	Se adjunta evidencia de la auditoria de medición en la vigencia 2018.						Comité de calidad del cuidado de Enfermería	100%	Se adjunta informe de medición y seguimiento a la adherencia 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).	
				6. Realizar el plan de Acción de acuerdo a los hallazgos encontrados tendientes a la disminución de los eventos adversos, en conjunto con la empresa contratista.	Septiembre de 2018	Noviembre de 2018		Coordinadores y Subgerencia de Enfermería		N.A.							Coordinadores y Subgerencia de Enfermería	N.A.		
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	1. Socializar y evaluar el instructivo de identificación de usuarios a los ejecutores de Enfermería, Auxiliatura de Enfermería, Mensajería Asistencial y Traslado Intra Institucional - Camilleros. Nueva Versión.	Mayo de 2018	Agosto de 2018		Comité de Educación de Enfermería	0%	N.A.		Se realizó la socialización y evaluación del instructivo de identificación de usuarios a los ejecutores de Enfermería, Auxiliatura de Enfermería, Mensajería Asistencial y Traslado Intra Institucional - Camilleros durante del mes de Junio a 461 Ejecutores.	Comité de Educación de Enfermería	20%	71%	Se adjunta soportes de socialización y evaluación del instructivo de identificación de usuarios				
				2. Revisar en los diferentes servicios y unidades la existencia de los insumos requeridos para el cumplimiento del instructivo de identificación del paciente	Julio de 2018	Diciembre de 2018		Comité de calidad del cuidado de Enfermería		N.A.							Comité de calidad del cuidado de Enfermería	N.A.		
				3. Implementar en los diferentes servicios de la ESE HUS, el instructivo de identificación del paciente.	Julio de 2018	Diciembre de 2018		Ejecutores de los procesos de Enfermería y Auxiliatura de Enfermería		N.A.							Ejecutores de los procesos de Enfermería y Auxiliatura de Enfermería	N.A.		
				4. Realizar medición de la adherencia al cumplimiento del instructivo de identificación del paciente.	Agosto de 2018	Diciembre de 2018		Comité de calidad del cuidado de Enfermería		N.A.							Comité de calidad del cuidado de Enfermería	N.A.		
				5. Elaborar y cumplir los planes de acción de acuerdo a los hallazgos encontrados.	Septiembre de 2018	Diciembre de 2018		Coordinadores y Subgerencia de Enfermería		N.A.							Coordinadores y Subgerencia de Enfermería	N.A.		
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Obtener resultado mayor a 2.0 en la autoevaluación de acreditación del cuarto	N° de autoevaluación de acreditación realizada / N° de autoevaluación de acreditación planeada	1. Participar en la autoevaluación de acreditación del cuarto ciclo como líder de PACAS Hospitalario y seguimiento a los planes de acción.	Marzo de 2018	Diciembre de 2018		Subgerente Servicios de Enfermería	N.A.	N.A.	La autoevaluación será realizada en el mes de Noviembre de 2018.	Subgerente Servicios de Enfermería	N.A.	N.A.	La autoevaluación será realizada en el mes de Noviembre 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 periodo	1. Reportar a la empresa contratista los ejecutores de los procesos que no han cumplido con la inducción institucional.	Abril de 2018	Diciembre de 2018		Subgerencia Servicios de Enfermería, Comité de Educación de Enfermería, Talento Humano y Empresa Contratista.	N.A.	N.A.	Se realizó inducción del segundo trimestre de los ejecutores de los procesos de enfermería, auxiliatura de enfermería, mensajería asistencial y traslado intrainstitucional de la empresa contratista DASSALUD aprobando la inducción 601 Ejecutor. La unidad Funcional de Talento Humano reportó vía correo electrónico el 21 de Junio a la empresa contratista DARSALUD los ejecutores de los procesos de Enfermería, Auxiliatura de Enfermería, Mensajería Asistencial y Traslado Intra Institucional pendientes por la realización de la inducción.	Subgerencia Servicios de Enfermería, Comité de Educación de Enfermería, Talento Humano y Empresa Contratista.	93%	33%	Se adjunta informe de Ejecutores de Enfermería, Auxiliatura de Enfermería, Mensajería Asistencial y Traslado Intra Institucional que realizaron inducción en el segundo trimestre, de acuerdo a informe del aula virtual de la ESE HUS.					
	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos	Diseñar e implementar en por lo menos un 70% estrategias para la		1. Realizar seguimiento a la ejecución de las frecuencias contratadas y presentar informe al área respectiva.	Enero de 2018	Diciembre de 2018	Se adjunta las actas de interventoría técnica de las frecuencias contratadas de los ejecutores de los procesos de enfermería de los meses de	Subgerencia Servicios de Enfermería	25%	Se adjunta acta de interventoría de los meses de Enero a Marzo.	Se realizaron las actas de interventoría técnica de las frecuencias contratadas de los ejecutores de los procesos de enfermería de los meses de Abril, Mayo y Junio.	Subgerencia Servicios de Enfermería	50%	Se adjuntan las actas de supervisión de las frecuencias contratadas de los meses de Abril y Mayo.						

PD	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.	reducción del costo operativo y gasto administrativo buscando la eficiencia de los recursos	N° de estrategias implementadas / N° de estrategias planeadas	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.	Marzo de 2018	Diciembre de 2018	Se adjunta informe de la auditoría de verificación de los soportes de administración de medicamentos y dispositivos médicos de los meses de Marzo.	Auditora Concurrente de Enfermería	12,5%	10%	Se adjunta informe.	Se realizó informe de la auditoría de verificación de los soportes de administración de medicamentos y dispositivos médicos de los meses de Abril, Mayo y Junio.	Auditora Concurrente de Enfermería	50%	40%	Se adjuntan informes de los meses de Abril y Mayo.
----	--	---	---	--	---------------	-------------------	--	------------------------------------	-------	-----	---------------------	--	------------------------------------	-----	-----	--

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	SEGUNDO TRIMESTRE

MACROPROCESO	GESTIÓN DE INTERNACIÓN
PROCESO RESPONSABLE	MEDICINA INTERNA
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	JUAN PAULO SERRANO PASTRANA
CARGO LIDER DEL PROCESO	SUBGERENTE DE SERVICIOS MEDICOS (E)

PLAN DE ACCIÓN					SEGUIMIENTO No. 1					SEGUIMIENTO No. 2								
CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
					FECHA INICIO	FECHA FINAL												
PD1	Mejorar la integralidad y resolutivez 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	*Realizar capacitación anual a los ejecutores de los procesos de Medicina Interna de la Subgerencia Servicios Médicos sobre proceso de atención humanizada. *Realizar capacitación de atención humanizada periódicamente de acuerdo a la rotación de personal presentada en el servicio.	28/02/2018	31/01/2019		Lady Rodríguez Burbano Grupo de Humanización		0%		El cronograma definido por la Subgerencia, programa esta actividad para el próximo trimestre	Capacitación en humanización mediante la plataforma Aula Virtual de la ESE HUS, dentro de la INDUCCIÓN GENERAL	Juan Paulo Serrano Grupo de Humanización	1 capacitación realizada / 1 capacitación planeada	100%	Se adjunta el listado de las personas adscritas a la Subgerencia de Servicios Médicos en le area de internación	
			Personal asistente en atención humanizada / Total personal ejecutor adscrito a la Subgerencia de servicios médicos							0%					44 personas capacitadas / 49 personas adscritas	90%		
PD2	Mejorar la integralidad y resolutivez 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 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 Medicina Interna con manilla blanca Verificar aleatoriamente que Admisiones este haciendo y confirmando la identificación del paciente	28/02/2018	31/01/2019	Se verifico que cada paciente tuviera la manilla de identificación, con sus respectivos datos legibles Se realizo auditoria de instructivo de identificación del paciente, realizada en el mes de enero 2018	Lady Rodríguez Burbano Comité de calidad	El servicio de medicina interna piso 7 obtuvo 97,32% (109 ítem cumplidos / 112 ítem evaluados) de cumplimiento con una calificación	25%	Se anexa auditoria de instructivo de identificación del paciente	La información relacionada es soportada por la Oficina de Comité de Calidad de Enfermería. # de ítem aprobados / # de ítem evaluados. Se cumplio con la actividad.	Se realizaron visitas esporadicas en el servicio de medicina interna en las cuales se verifico el uso de la manilla de identificación y los datos registrados en el bautizo e historia clinica	Juan Paulo Serrano Comité de calidad	72 pacientes identificados con manilla blanca / 72 pacientes en el servicio	50%	Se anexan las plantillas utilizadas para la verificación del uso de la manilla de identificación	El indicador de cumplimiento se calcula con base en la información recolectada con la planilla de verificación del uso de manilla blanca, tomando como muestra el 10,71% de la capacidad del
PD3	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Disminuir el 10% de eventos adversos asociados a: administración de medicamentos, caídas de pacientes y úlceras por presión UPP en el servicio de Medicina Interna	Número del evento adverso en el periodo /Historico del	Garantizar trimestralmente la socialización de *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	28/02/2018	31/01/2019	Esta actividad se programara para realizar Por parte del comité de educación se realizo analisis y seguimiento de eventos adversos presentados en el servicio de medicina interna	Lady Rodríguez Burbano Comité de educación	De cada 72 pacientes el 3% presento eventos adversos reportados por caídas De cada 72 pacientes el 1% presento evento adverso reportado por UPP	0%	Se adjunta informe de seguimiento a los eventos presentados en el servicio de medicina interna	El cronograma definido por la	Se realizo el reporte mensual de los eventos presentados. Se realiza capacitación en prevención de UPP y Caídas al personal de enfermería por parte de la Subgerencia de Enfermería.	Juan Paulo Serrano Comité de educación	Caidas: 10 eventos 2018 /	38%	Se adjunta la información brindada por la Subgerencia de Enfermería, seguridad del	De los ventos presentados por mala
			Capacitaciones de administración de medicamentos, Caidas de pacientes y UPP / Total de capacitaciones planeadas.							8%			Por parte del comité de educación se realizo analisis y seguimiento de eventos adversos presentados en el servicio de medicina interna. Se realizo el reporte mensual de los eventos presentados		Capacitaciones Caidas: 1 capacitación/ 2 capacitaciones planeadas. Capacitación UPP: 1 capacitación / 2 capacitaciones planeadas.	50%	Se adjunta las evidencias de asistencia y evaluación de guías para prevención de Caidas y UPP.	Las capacitaciones de las guías y evaluación de las mismas se realiza desde la subgerencia de enfermería.

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	Segundo Trimestre
MACROPROCESO	Gestión de Internación
PROCESO RESPONSABLE	Servicio de Urgencias Adultos
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	JUAN PAULO SERRANO PASTRANA
CARGO LIDER DEL PROCESO	Subgerente de Servicios Médicos (E)

PLAN DE ACCIÓN					SEGUIMIENTO No. 01					SEGUIMIENTO No. 02								
CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
					FECHA INICIO	FECHA FINAL												
	Mejorar la integralidad y	Realizar la capacitación en	No. De Capacitaciones realizadas en el año / Total de capacitaciones planeadas en el semestre sobre atención humanizada	*Realizar capacitación anual a los ejecutores de los procesos de Servicios de Urgencias de la Subgerencia Servicios Médicos entre personas de atención				Lady Rodríguez Burbano			Oficios 6020-SM-013-2018 Asunto: Solicitud de revisión de arreglos del 25/01/2018, 6020-	Monica Andrea Triana	Por parte de Talento Humano se realizo capacitación y evaluación al personal por medio de la plataforma	Juan Paulo Serrano Pastrana	Resultado de la capacitación realizada por la plataforma Moodle de Talento Humano.		Lista de Asistencia a Capacitación Plataforma Moodle.	Zulma Vanessa Becerra Amorcho: En base a las actividades

PD1	resolutividad 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.	Personal asistente en atención humanizada / Total personal ejecutor adscrito a la Subgerencia de servicios médico, por el servicio de urgencias adulto.	Identificar los pacientes en observación y hospitalización en urgencias con manilla blanca	28/02/2018	31/01/2019	Se venifico que cada paciente tuviera la manilla de identificación, con sus respectivos datos legibles	Grupo de Humanización	0%	SM-014-2018 Asunto: Solicitud de revisión de arreglos del 25/01/2018; 6020-SM-015-2018 Asunto: Solicitud de	Requeros: N/A	Modde presentados en el servicio de Urgencia Esta actividad se encuentra en Desarrollo	Grupo de Humanización	Se toma la muestra del 100% equivalente al total de Medicos del servicio = 35 Medicos del Servicio de	91%	Lista de asistencia a capacitacion y actividades de Humanizacion se encuentra como evidencia PD1	En base a las evidencias enviadas por Talento Humano se anexan soportes
PD2	Mejorar la integralidad y resolutividad 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.	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	28/02/2018	31/01/2019	Se anexa auditoria de instructivo de identificación del paciente, la cual se realiza con las planillas del profesional del area, se encuentra	Lady Rodriguez Burbano Grupo de Humanización	100/4 25%	Se anexa auditoria de instructivo de identificación del paciente, la cual se realiza con las planillas del profesional del area, se encuentra	Requeros: En base a las incidencias presentadas, todos los pacientes visitados cumplen con el uso de la manilla blanca.	Se verifico que cada paciente tuviera la manilla de identificación, con sus respectivos datos legibles Se realizo auditoria de instructivo de identificación del paciente, realizada en el mes de enero 2018	Juan Paulo Serrano Pastrana Grupo de Humanización	Se toma una muestra de los pacientes que se encuentran en el servicio de urgencias representativa del 100% de	100/4 50%	Se anexa auditoria de instructivo de identificación del paciente, la cual se realiza con las planillas del profesional del area, se encuentra como evidencia PD2	Zulma Vanessa Becerra Amoroch: En base a las incidencias presentadas, no todos los pacientes visitados cumplen con el uso de la manilla blanca y el bautizo.
PD3	Mejorar la integralidad y resolutividad en la prestación de los servicios de salud	Disminuir el 10% de eventos adversos asociados a: administración de medicamentos, caídas de pacientes y úlceras por presión UPP en el servicio de Urgencia	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. *Reporte mensual de los eventos presentados.	28/02/2018	31/01/2019	Por parte del comité de educación se realizo analisis y seguimiento de eventos adversos presentados en el servicio de Urgencia	Lady Rodriguez Burbano Comité de educación	25% / 3 8,33%	Se adjunta informe de seguimiento a los eventos presentados en el servicio de Urgencia	Requeros: El cronograma definido por la Subgerencia, programa esta actividad para el próximo trimestre	seguimiento a los eventos presentados en el servicio de Urgencia	Juan Paulo Serrano Pastrana Comité de educación	eventos 2018 / 10 eventos 2017 = 13% Los eventos presentados en el 2018 corresponden a un 9,84% de aumento en el trimestre del año anterior UPP: 56% eventos 2018/67 eventos 2017= 11% de disminución e el trimestre del año anterior. presentados durante el mismo periodo entre el año 2017 y 2018, evidenciando una disminución en los eventos por UPP y un aumento significativo por las CAIDAS.	50%	Se adjunta informe de seguimiento a los eventos presentados en el servicio de Urgencia se encuentra como evidencia PD3	Zulma Vanessa Becerra Amoroch: No se puede medir el indicador de eventos adversos de medicametos del servicio de urgencias debido a que la informacion historica del 2017 y el consolidado del 2018 que envia farmacia esta relacionado con todo los eventos adversos intrahospitalario y no esta discriminado por servicios, se aclara con la QUIMICA que para este trimestre se tomen los datos de acuerdo a lo establecido por el servicio de urgencias para poder medir la adherencia. Solo se le dio cumplimiento a la parte de caídas de pacientes y úlceras por presión UPP.
			Capacitaciones de guias de administraiion de medicamentos, caídas de pacientes, úlceras por presión UPP/sobre total capacitaciones planeadas	*Socialización y capacitación al personal asistencial y al personal que ingresa al servicio. *Con apoyo de la Universidad Industrial de Santander medir la adherencia de las guias			Por parte del comité de educación se realizo analisis y seguimiento de eventos adversos presentados en el servicio de Urgencia Esta actividad se programara para realizar		N/A	Se adjunta listados de Capacitaciones de guias de administraiion de medicamentos, caídas de pacientes, úlceras por presión UPP presentados en el servicio de Urgencia	Requeros: Solo se le dio cumplimiento a la parte de incidentes	Las capacitaciones son realizadas por la subgerencia de enfermeria. Se adjunta evidencia de las capacitaciones realizadas al personal de enfermeria del servicio de urgencias en Protocolo UPP y Caídas .		100% /3 33,3% CUJ	Se adjunta informe de seguimiento a las capacitaciones realizadas al personal del servicio de Urgencia se encuentra como evidencia PD3	Zulma Vanessa Becerra Amoroch: la capacitación de guias de administraiion de medicamentos No a sido realizada, se evidencia capacitacion y evaluacion sobre protocolo de caidas de pacientes y úlceras por presión UPP, para el servicio de urgencia. Es un indicador medible del servicio de Subgerencia de Enfermeria por lo cual este indicador es objeto del poa de enfermeria segun lineamientos de esta dependencia. se toman los datos suministrados y se calcula el indicador por el personal de servicio asistencial de urgencias .	

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



PROCESO RESPONSABLE	Subgerencia de Servicios Quirúrgicos
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	Juan Paulo Serrano Pastrana
CARGO LIDER DEL PROCESO	Subgerente de Servicios Quirúrgicos

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	SEGUIMIENTO No. 1										SEGUIMIENTO No. 2			
					CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
					FECHA INICIO	FECHA FINAL												
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad en la prestación de los servicios de salud	Reducir la proporción de quejas por mal trato del total de quejas, dejando su participación en un porcentaje inferior al 35%	Quejas por mal trato 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	1/02/2018	31/12/2018	Se ha capacitado sobre el tema de humanización al personal nuevo en las jornadas de inducción	Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Humanización	Número de quejas por mal trato manifestadas por los usuarios/Total de quejas manifestadas por los usuarios: 0	18%	Base de datos de personal adscrito a la Subgerencia quirúrgica que ha sido capacitado en humanización Consolidado de PQR primer trimestre de 2018	En la plataforma Moodle, el proceso de inducción cuenta con un módulo de humanización, sin embargo se hizo solicitud de capacitación sobre humanización para el personal médico de la subgerencia quirúrgica. Durante el primer trimestre de 2018 no se presentaron quejas relacionadas con la	Se ha capacitado sobre el tema de humanización al personal en las jornadas de inducción y reintroducción en la plataforma Moodle	Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Humanización	(Número de quejas por mal trato manifestadas por los usuarios/Total de quejas manifestadas por los usuarios)*100: (4/10)*100 = 40%	40%	Base de datos de personal adscrito a la Subgerencia quirúrgica que ha sido capacitado en humanización Consolidado de PQR segundo trimestre de 2018	En la plataforma Moodle el proceso de inducción cuenta con un módulo de humanización, el cual es conocido y evaluado. Durante el primer trimestre de 2018 no se presentaron quejas relacionadas con la falta de humanización en la Subgerencia Quirúrgica.
				Realizar actividades de convivencia intrainstitucional			A la fecha no se han realizado actividades de convivencia intrainstitucional		0%	Aún no se cuenta con evidencias		A la fecha no se han realizado actividades institucionales de convivencia		0%	Aún no se cuenta con evidencias			

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	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 sillas de espera de los pacientes	1/02/2018	31/12/2018	Se hizo solicitud de sillas para mejorar las condiciones en los sitios de espera de los pacientes en los servicios de la subgerencia quirúrgica y según esta solicitud, fueron entregadas 5 sillas rimax. Queda pendiente la entrega de las sillas restantes.	Subgerente de Servicios Quirúrgicos	(No. Pacientes que califican como "bueno" el servicio en cuanto a confort en cirugía general/Total de pacientes encuestados en cirugía general)*100 = 40%	18%	Oficio solicitando sillas para hospitalización cirugía general. Orden de despacho donde se especifican la entrega de 5 sillas a la subgerencia quirúrgica.	Se está realizando solicitud de más sillas para los acompañantes de los pacientes, así como la respectiva señalización en los sitios de espera.	Se hizo nuevamente solicitud de sillas para mejorar las condiciones en los sitios de espera de los pacientes en los servicios de la subgerencia quirúrgica y según esta solicitud, fueron entregadas 20 sillas rimax más.	Subgerente de Servicios Quirúrgicos	(No. Pacientes que califican como "bueno" el servicio en cuanto a confort en cirugía general/Total de pacientes encuestados en cirugía general)*100 = (98/120)*100 = 60%	45%	Oficio solicitando sillas para hospitalización cirugía general. Orden de despacho donde se especifica la entrega de 20 sillas a la subgerencia quirúrgica.	Según solicitud realizada, fueron entregadas al servicio de cirugía general 20 sillas más para los acompañantes de los pacientes. Sigue pendiente la respectiva señalización en los sitios de espera.
				Mejorar las condiciones ambientales en los sitios señalados anteriormente			Se hizo ronda con el fin de verificar la señalización de atención y espera, sin embargo está pendiente la implementación de esta señalización en los servicios de la subgerencia quirúrgica		0%		Aún no se cuenta con evidencias	Se hizo ronda con el fin de verificar la señalización de atención y espera, sin embargo está pendiente la implementación de esta señalización en los servicios de la subgerencia quirúrgica			0%	Aún no se cuenta con evidencias		
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Realizar capacitación sobre procesos de atención humanizada	Cumplimiento de las estrategias de capacitación que fomenten procesos de atención	Incentivar y motivar la educación continuada sobre humanización en los grupos primarios mediante capacitaciones y charlas educativas	1/02/2018	31/12/2018	Se ha capacitado sobre el tema de humanización al personal nuevo en las jornadas de inducción	Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Humanización	(Personal de la subgerencia quirúrgica que ha realizado inducción en moodle/Total de personal de la subgerencia quirúrgica)*100 = 20%	18%	Base de datos de personal adscrito a la Subgerencia quirúrgica que ha sido capacitado en humanización	Se ha capacitado sobre el tema de humanización al personal en las jornadas de inducción y reinducción en la plataforma Moodle	Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Humanización	(Personal de la subgerencia quirúrgica que ha realizado inducción en moodle/Total de personal de la subgerencia quirúrgica)*100 = (57/135)*100 = 42%	40%	Base de datos de personal adscrito a la Subgerencia quirúrgica que ha sido capacitado en humanización	En la plataforma Moodle el proceso de inducción cuenta con un módulo de humanización, el cual es conocido y evaluado.	
				Promoción de actividades de convivencia intrainstitucional			A la fecha no se han realizado actividades de convivencia intrainstitucional		0%		Aún no se cuenta con evidencias	A la fecha no se han realizado actividades institucionales de convivencia			0%	Aún no se cuenta con evidencias		
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Disminuir el 10% 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	Socializar al personal asistencial vigente y al personal que ingresa nuevo al servicio las diferentes guías de tasa de caídas, úlceras por presión y reporte de seguridad en la administración de medicamentos	1/02/2018	31/12/2018	Se han realizado socializaciones acerca de los diferentes protocolos referentes a tasa de caídas, úlceras por presión y administración segura de medicamentos al personal de enfermería de la institución	Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Seguridad del Paciente	Tasa de caídas hospitalización: 0,4	18%	Lista de asistencia del personal a quienes se les hizo socialización acerca de guías de tasa de caídas, UPP y administración de medicamentos.	Falta realizar socialización acerca de los diferentes protocolos referentes a tasa de caídas, úlceras por presión y administración segura de medicamentos al personal médico de la institución	Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Seguridad del Paciente	Tasa de caídas - Especialidades quirúrgicas: 1 - Cirugía general: 2	45%	Lista de asistencia del personal a quienes se les hizo socialización acerca de guías de tasa de caídas, UPP y administración de medicamentos.	Falta realizar socialización acerca de los diferentes protocolos referentes a tasa de caídas, úlceras por presión y administración segura de medicamentos al personal médico de la institución	
				Realizar monitorización a los eventos de caídas, UPP y eventos diarios			La monitorización y seguimiento de la respuesta a los eventos adversos asociados a caídas de pacientes, úlceras por presión y administración de medicamentos que se presentan en los servicios de la subgerencia quirúrgica, es realizada por el grupo de Seguridad del Paciente, el cual se encarga de informar a la subgerencia, los eventos que están pendientes por		UPP hospitalización: 2	18%		La monitorización y seguimiento de la respuesta a los eventos adversos asociados a caídas de pacientes, úlceras por presión y administración de medicamentos que se presentan en los servicios de la subgerencia quirúrgica, es realizada por el grupo de Seguridad del Paciente, el cual se encarga de informar a la subgerencia, los eventos que están pendientes por respuesta.		UPP - Especialidades quirúrgicas: 2 - Cirugía general: 0	45%			
				Reportar a la Unidad de Seguridad del Paciente mensualmente los eventos presentados para su control y seguimiento			Mensualmente se realiza reporte a seguridad del paciente acerca de los eventos adversos presentados en los servicios de la subgerencia quirúrgica		Administración de medicamentos: 0	18%		Mensualmente se realiza reporte a seguridad del paciente acerca de los eventos adversos presentados en los servicios de la subgerencia quirúrgica		Administración de medicamentos - Especialidades quirúrgicas: 0 - Cirugía general: 0	45%			
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)	Mejoramiento procesos asistenciales (Gestión del riesgo)	Implementar paquetes instruccionales priorizados para la subgerencia de Servicios Quirúrgicos (Reducir riesgos de atención al paciente crítico, sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos, infecciones asociadas a la atención en salud)	1/02/2018	31/12/2018	Para la subgerencia quirúrgica se priorizó la guía "mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos", de la cual se comenzó a verificar por medio de una lista de chequeo los procedimientos que se realizan actualmente en la institución en cuanto a la seguridad en los procedimientos quirúrgicos. El proceso cuenta actualmente con la lista de cirugía segura.	Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Seguridad del Paciente	Implementación paquete instruccioal priorizado (Mejorar la seguridad de procedimientos quirúrgicos): 20% (Se tiene implementada la lista de cirugía segura)	18%	Guía técnica "Seguridad en los procedimientos quirúrgicos". Lista de chequeo de cumplimiento de la Guía técnica.	Se está avanzando en la implementación de paquetes instruccionales priorizados (Seguridad en procedimientos quirúrgicos).	Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Seguridad del Paciente	Implementación paquete instruccioal priorizado (Mejorar la seguridad de procedimientos quirúrgicos): 45%	45%	Referencia funcional realizada a la guía técnica del ministerio de salud Protocolo documentado. Mejorar la seguridad en procedimientos quirúrgicos Presentación en ppt para la socialización del paquete instruccioal	Se está avanzando en la implementación de paquetes instruccionales priorizados (Seguridad en procedimientos quirúrgicos).	
				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 médicas específicas relacionadas con las patologías			Durante el primer trimestre de 2018 no se ha realizado socialización de las guías de práctica clínica			0%	Aún no se cuenta con evidencias	Se está avanzando en la documentación de la guía práctica clínica de manejo del dolor abdominal. No se ha comenzado este año la socialización de las guías.			10%	Presentación de metodología para la adopción de guías de práctica clínica por parte de asesores de Acreditación	Se está realizando revisión de la guía de práctica clínica priorizada (Manejo del dolor abdominal) con el fin de realizar la respectiva adopción según metodología socializada el mes de junio por parte de los asesores de Acreditación de la institución.	

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	Efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Implementar en los servicios de la Subgerencia Quirúrgica el programa de identificación del paciente	1/02/2018	31/12/2018	Ya se tiene implementado el Instructivo de Identificación del paciente en los servicios de la Subgerencia Quirúrgica, al cual se le mide adherencia en las rondas de seguridad realizadas por parte de la Oficina Asesora de Calidad	Subgerente de Servicios Quirúrgicos	Porcentaje de adherencia al Instructivo de Identificación del Paciente según lista de chequeo: - Especialidades quirúrgicas 93% - Quirófanos y recuperación 96%	18%	Instructivo Identificación del Paciente Lista de chequeo de adherencia al instructivo	Tanto los servicios de especialidades quirúrgicas como quirófanos y recuperación, cuentan con el instructivo de identificación del paciente implementado, al cual se le mide adherencia en las rondas de seguridad	Ya se tiene implementado el Instructivo de Identificación del paciente en los servicios de la Subgerencia Quirúrgica, al cual se le mide adherencia en las rondas de seguridad realizadas por parte de la Oficina Asesora de Calidad	Subgerente de Servicios Quirúrgicos	Grupo de Seguridad del Paciente	Porcentaje de adherencia al Instructivo de Identificación del Paciente según lista de chequeo: - Cirugía general 87.50% - Especialidades quirúrgicas 91.07% - Quirófanos y recuperación 100%	45%	Instructivo Identificación del Paciente Lista de chequeo de adherencia al instructivo	Tanto los servicios de especialidades quirúrgicas como quirófanos y recuperación, cuentan con el instructivo de identificación del paciente implementado, al cual se le mide adherencia en las rondas de seguridad
				Revisar que los datos de identificación de los pacientes señalados en las camras o camillas correspondan realmente a los datos del paciente			Los datos de identificación del paciente son verificados en la hoja frontal (En historia clínica) y la manilla de identificación que porta cada paciente		18%		La verificación de los datos de identificación se realiza con la hoja frontal (En historia clínica), manilla de identificación	Los datos de identificación del paciente son verificados en los servicios por medio de la hoja frontal (En historia clínica) y la manilla de identificación que porta cada paciente					45%		La verificación de los datos de identificación se realiza con la hoja frontal (En historia clínica), manilla de identificación
				Implementar acciones de mejoramiento continuo para las observaciones encontradas			A la fecha no se ha realizado implementación de acciones de mejora para lograr el 100% de la adherencia al Instructivo de Identificación del Paciente		0%	Aún no se cuenta con evidencias	Queda pendiente definir estrategias de mejoramiento para lograr el incremento del porcentaje de adherencia al Instructivo de Identificación del Paciente	Se dio a conocer el resultado del porcentaje de adherencia en los servicios de cirugía general y especialidades quirúrgicas con sus respectivas observaciones, con el fin de mejorar y lograr un cumplimiento del 100%					45%	Informe de cumplimiento por área	Se realizó medición de la adherencia al instructivo de seguridad del paciente en los servicios de cirugía general, especialidades quirúrgicas, y quirófanos y recuperación durante el primer trimestre de 2018. La siguiente auditoría al instructivo se tiene agendada para el mes de agosto de 2018
PD	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud	Realizar autoevaluación de habilitación	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	1/02/2018	31/12/2018	Debido a que las auditorías que realiza la oficina asesora de calidad acerca de la Resolución 2003 de 2014 son anuales, en este momento se está trabajando sobre las que se realizaron finalizando 2017. Se hizo entrega del plan de mejora de la auditoría realizada al proceso de esterilización y se están adelantando los planes de mejora correspondientes a las realizadas a los procesos de cirugía ambulatoria, cirugía de	Subgerente de Servicios Quirúrgicos	(Planes de mejora de auditorías de habilitación realizadas entregados/Auditorías de habilitación realizadas)*100 = 1/4: 25%	25%	Plan de mejora de auditoría realizada al proceso de esterilización en cuanto a la resolución 2003 de 2014	Debido a que la autoevaluación de habilitación se realiza anualmente, se toma como base la visita que se realizó en el mes de noviembre de 2017	Debido a que las auditorías que realiza la oficina asesora de calidad acerca de la Resolución 2003 de 2014 son anuales, en este momento se está trabajando sobre las que se realizaron finalizando 2017. Se hizo entrega de los planes de mejora de las auditorías realizadas a los procesos de cirugía ambulatoria, cirugía mediana y alta complejidad y trasplante de tejidos.	Subgerente de Servicios Quirúrgicos	Oficina Asesora de Calidad	(Planes de mejora de auditorías de habilitación realizadas entregados/Auditorías de habilitación realizadas)*100 = 4/4: 100%	45%	Plan de mejora de auditoría realizada al proceso de esterilización en cuanto a la resolución 2003 de 2014	Debido a que la autoevaluación de habilitación se realiza anualmente, se toma como base la visita que se realizó en el mes de noviembre de 2017
				Ejecutar los planes de mejora producto de la visita de habilitación			Se ha adelantado la ejecución de las acciones descritas en el plan de mejora, excepto aquellas que están relacionadas con la reubicación de la central de esterilización, ya que por contingencia se ubicó en el sexto piso, mientras se ejecuta la adecuación en tercer piso de la Institución	Oficina Asesora de Calidad	18%	Se hizo entrega del plan de proceso de esterilización y en el momento se está llevando a cabo la ejecución de las actividades descritas en el mismo. Las actividades referentes a la reubicación de la central de esterilización, se definieron a largo plazo debido a la contingencia en la que se encuentra la Institución por el reforzamiento estructural.	Se ha adelantado la ejecución de las acciones descritas en los planes de mejora, excepto aquellas que están relacionadas con la reubicación de la central de esterilización y del área quirúrgica, ya que por contingencia están ubicadas en el sexto piso, mientras se ejecuta la adecuación del tercer piso de la Institución						45%	Plan de mejora de auditoría realizada al proceso de esterilización en cuanto a la resolución 2003 de 2014	Se hizo entrega de los planes de mejora del proceso de esterilización, cirugía ambulatoria, cirugía mediana y alta complejidad y trasplante de tejidos, llevándose a cabo la ejecución de las actividades descritas en los mismos. Las actividades referentes a la reubicación de la central de esterilización y del área quirúrgica, se definieron a largo plazo debido a la contingencia en la que se encuentra la Institución por el reforzamiento estructural.
PD	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud	Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	Postulación para la acreditación con puntaje en autoevaluación acreditación > 0 = 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 HUS.	1/02/2018	31/12/2018	Se han realizado mensualmente reuniones convocadas por parte de Gerencia, calidad y del grupo de Acreditación	Subgerente de Servicios Quirúrgicos	Resultado promedio obtenido en el tercer ciclo de autoevaluación de estándares de acreditación en la ESE HUS: 2,34	18%	Listas de asistencia correspondientes a las actividades realizadas para el proceso de Acreditación	Se realizaron diferentes actividades encaminadas al proceso de Acreditación, en las cuales participó la profesional de la Subgerencia Quirúrgica	Se han realizado mensualmente reuniones convocadas por parte de Gerencia, calidad y del grupo de Acreditación	Subgerente de Servicios Quirúrgicos	Oficina Asesora de Calidad	Resultado promedio obtenido en el tercer ciclo de autoevaluación de estándares de acreditación en la ESE HUS: 2,34	45%	Listas de asistencia correspondientes a las actividades realizadas para el proceso de Acreditación	Se realizaron diferentes actividades encaminadas al proceso de Acreditación, en las cuales participó la profesional de la Subgerencia Quirúrgica, la enfermera coordinadora del área quirúrgica y el Subgerente de Servicios Quirúrgicos
				Participar en la autoevaluación del ciclo de mejoramiento de la vigencia 2018			A la fecha no se ha realizado autoevaluación del ciclo de mejoramiento en la vigencia 2018	Oficina Asesora de Calidad	0%	Aún no se cuenta con evidencias	Aún no se ha realizado la autoevaluación del ciclo de mejoramiento correspondiente a la vigencia 2018	A la fecha no se ha realizado autoevaluación del ciclo de mejoramiento en la vigencia 2018					0%	Aún no se cuenta con evidencias	Aún no se ha realizado la autoevaluación del ciclo de mejoramiento correspondiente a la vigencia 2018

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	Primer y segundo trimestre
MACROPROCESO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
PROCESO RESPONSABLE	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LÍDER DEL PROCESO	DRA. DAMARY RUEDA

CARGO LIDER DEL PROCESO		PROFESIONAL ESPECIALIZADO TALENTO HUMANO		SEGUIMIENTO No. 1																	SEGUIMIENTO No. 2					
PLAN DE ACCIÓN				CRONOGRAMA		SEGUIMIENTO No. 1																	SEGUIMIENTO No. 2			
CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	FECHA INICIO	FECHA FINAL	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES								
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.	Febrero	Marzo	Detección de las necesidades de capacitación y formación de la Institución. Priorización y definición de las competencias a fortalecer, a través de la ejecución del PIC 2018, donde se priorizaron Humanización, Seguridad del paciente y Autocuidado.	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	100%	Aplicación de las encuestas. Oficios de la Gerencia, Oficinas Asesoras, la Comisión de Personal y Reunión Comité de Educación de Enfermería. Proyección del documento del Plan Institucional de Capacitación 2018.	Actividad Terminada	Detección de las necesidades de capacitación y formación de la Institución. Priorización y definición de las competencias a fortalecer, a través de la ejecución del PIC 2018, donde se priorizaron Humanización, Seguridad del paciente y Autocuidado.	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	100%	Oficios de la Gerencia, Oficinas Asesoras, la Comisión de Personal y Reunión Comité de Educación de Enfermería. Proyección del documento del Plan Institucional de Capacitación 2018.	Actividad Terminada								
				2. Programar y ejecutar actividades tendientes al mejoramiento y fortalecimiento de las competencias.	Febrero	Diciembre	Se realizó cronograma del Plan Institucional de Capacitación 2018. Se aprobó el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, mediante la resolución 168 de marzo 16 de 2018. Se realizaron visitas con el equipo de Humanización a diferentes servicios con el fin de evidenciar y fortalecer las debilidades.	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	27%	Cronograma del Plan Institucional de Capacitación 2018. Resolución 168 de marzo 16 de 2018. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Se aprobaron el Plan Institucional de Capacitación 2018, mediante resolución 209 de 13 de abril de 2018. Se realizaron visitas con el equipo de Humanización a diferentes servicios con el fin de evidenciar y fortalecer las debilidades detectadas en Humanización del servicio. Se realizaron rondas de Seguridad de Ambiente Físico.	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	50%	Resolución 209 de 13 de abril de 2018. Listado de asistencia Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Es una actividad que se viene desarrollando y si se requiere evidencias adicionales el Equipo de Seguridad del Paciente las pueden aportar. Evidencias de auto cuidado en la carpeta de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.									
				3. Coordinar equipos que lideren los programas dentro de los cuales se encuentren las competencias definidas para su fortalecimiento.	Febrero	Diciembre	La Unidad Funcional de Talento Humano hace parte de Equipo de Humanización y participa en las visitas que se realizan. Se realizan inspecciones por parte de SST	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	27%	Participación en las actividades del mes de humanización y acompañamiento en actividades de autocuidado	La Unidad Funcional de Talento Humano no coordina el equipo de Humanización y Seguridad del Paciente, programas dentro de los cuales se encuentran las competencias definidas para su fortalecimiento. Estos equipos están constituidos institucionalmente, con sus lineamientos específicos. La actividad correcta es coordinar con los equipos que lideran las competencias definidas actividades para el fortalecimiento	La Unidad Funcional de Talento Humano hace parte de Equipo de Humanización y participa en las visitas que se realizan. Se coordinó con el equipo de Seguridad del Paciente la realización del Reconocimiento y Taller a los Líderes de Seguridad del Paciente. Se realizan inspecciones por parte de SST	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	80%	Listas de asistencia Formato de logística de la actividad	Es una actividad que se viene desarrollando y si se requiere evidencias adicionales el Equipo de Humanización y el Equipo de Seguridad del Paciente las pueden aportar. Evidencias de auto cuidado en la carpeta de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.								
				4. Coordinar con los grupos o equipos de auditoría para hacer verificación de la apropiación de las 3 competencias que han sido reforzadas.	Febrero	Diciembre	La Unidad Funcional de Talento Humano hace parte de Equipo de Humanización y participa en las visitas que se realizan. Se realizan inspecciones por parte de SST	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	27%	Participación en las actividades del mes de humanización y acompañamiento en actividades de autocuidado	La Unidad Funcional de Talento Humano apoya las actividades que se realizan para apropiación de las tres competencias en el personal	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	50%	Listados de asistencia Informe del Aula Virtual de Aprendizaje	Es una actividad que se viene desarrollando y si se requiere evidencias adicionales el Equipo de Humanización y el Equipo de Seguridad del Paciente las pueden aportar. Evidencias de auto cuidado en la carpeta de Sistema de									
PD	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras	Elaboración e implementación del PIC, teniendo en cuenta las necesidades detectadas institucionales	(Número de servidores capacitados / total del servidores 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.	Febrero	Marzo	Se elaboró la encuesta de la detección de necesidades de Aprendizaje Organizacional y se detectó las necesidades individuales, de equipos de trabajo y de las evaluaciones de desempeño. Se detectó las necesidades institucionales de capacitación que se requieren para el cumplimiento de los planes de la Institución (desarrollo, de Gestión, de acción, operativo y de mejoramiento) por parte de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional. Se detectó necesidades institucionales de capacitación que nacen de los planes de mejora y del proceso de acreditación por parte de la Oficina Asesora de Calidad. Se detectó necesidades institucionales de capacitación que nacen de los resultados de los informes que se producen en el proceso de Gestión de Auditoría para el Mejoramiento, a partir de las Auditorías Internas y Externas y de las evaluaciones por áreas y dependencias, para priorizar	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	100%	Aplicación de las encuestas, a través de un formulario de Google Drive, con el fin de identificar y medir la importancia de los contenidos temáticos trazados en cada uno de los ejes del Plan Nacional de Formación y Capacitación, así como identificar nuevas temáticas que fueran de interés institucional, con una participación del 90% de los servidores de la Entidad. Oficios de la Gerencia, Oficinas Asesoras, la Comisión de Personal y Reunión Comité de Educación de Enfermería.	Actividad Terminada	Detección de las necesidades de capacitación y formación de la Institución. Priorización y definición de las competencias a fortalecer, a través de la ejecución del PIC 2018, donde se priorizaron Humanización, Seguridad del paciente y Autocuidado.	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	100%	Oficios de la Gerencia, Oficinas Asesoras, la Comisión de Personal y Reunión Comité de Educación de Enfermería. Proyección del documento del Plan Institucional de Capacitación 2018.	Actividad Terminada								
				2. Elaborar, socializar e implementar el PIC	Febrero	Diciembre	Se proyectó el documento del Plan Institucional de Capacitación 2018. Se realizó capacitación de Generalidades de Gestión Documental. Se realizó capacitación de Humanización al Servicio de Oncología de la Subgerencia Servicios de Alto Costo.	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	31%	50%	Proyección del documento del Plan Institucional de Capacitación 2018. Listados de asistencia a las capacitaciones	Se aprobó el PIC 2018. Se realizaron las capacitaciones teniendo en cuenta las fechas programadas en el cronograma	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	33%	75%	Listado de asistencias										
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 desprendía la realización de actividades a través de ejecutores, que coordinen con talento humano la creación y claves para el personal asignado y se comunico para que realicen la inducción	Enero	Diciembre	Se envió correo electrónico a los supervisores de los contratos. De la información enviada por los supervisores de los contratos se asignó usuarios y claves para el personal asignado y se comunico para que realicen la inducción	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	81%	80%	Correos electrónicos	Se envió correos electrónicos a los Supervisores de los contratos donde se les informó en que estado se encuentra el personal asignado en cada área.	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	90%	Correos electrónico Informe del Aula Virtual de Aprendizaje										
				2. Dar cumplimiento al procedimiento de inducción y reinducción	Enero	Diciembre	Se han venido realizando Inducción Presencial y Virtual de acuerdo al procedimiento establecido	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	81%	50%	Listas de asistencia Aula Virtual de Aprendizaje	Se han venido realizando Inducción Presencial y Virtual de acuerdo al procedimiento establecido.	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	81%	80%	Listas de asistencia Aula Virtual de Aprendizaje										
				3. Generar informe del avance y resultados.	Enero	Diciembre	Se genero informe de Inducción a corte de marzo 2018 del avance de las personas que han realizado la inducción satisfactoriamente.	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	81%	50%	Informe de Inducción a corte marzo 2018	Se genero informe de Inducción a corte de Junio 2018 del avance de las personas que han realizado la inducción satisfactoriamente.	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	81%	50%	Informe de Inducción a corte junio 2018										

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.	Enero	Diciembre	Se realizo un borrador preliminar del Plan de comunicaciones para presentar a Acreditación	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	0%	20%	Borrador Plan de Comunicaciones	Se presentó borrador de Plan de Comunicaciones a CPC Acreditación	Profesional Comunicaciones	50%	50%	Borrador Plan de Comunicaciones	Evidencias debe ser aportadas por el profesional de Comunicación
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. 2. Planear y realizar los actos protocolarios de reconocimiento	Febrero	Julio	El programa de Bienestar laboral e incentivos 2017 se encuentra vigente mediante la resolución 434 del 12 de junio de 2017, allí se encuentra diseñado el plan de incentivos.	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano Subgerencia Administrativa y Financiera Jefe Oficina Asesora Calidad	0%	0%	Resolución 434 del 12 de junio de 2017 Programa de Bienestar Laboral e Incentivos 2017	Se planeo la actividad de reconocimiento con el equipo de seguridad del paciente, para realizarse el 4 y 5 de Julio	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	80%	80%	Correos electronicos de invitacion	
					Julio	Diciembre	Se realizo la celebración del día de la mujer el 7/03/2018, incentivándolas en mujeres valientes creativas, emprendedoras, apasionadas e intuitivas. Se está trabajando en el documento para la vigencia 2018.	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano Subgerencia Administrativa y Financiera Jefe Oficina Asesora Calidad	0%	0%	Lista de asistencia de la participación al día de la mujer.	Se diseño el Programa de Bienestar Laboral e Incentivos 2018, y se encuentra en el proceso de aprobación por acto administrativo	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	50%	50%	Documento borrador	
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	Febrero	Diciembre	Reemplazo de dosímetros mensual al personal ocupacionalmente expuesto Evaluación técnica de propuestas en los aspectos relacionados con Seguridad y Salud en el Trabajo. Inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo a médicos residentes. Capacitación al Copasat en Funciones y Responsabilidades. Envío mensual de dosímetros en uso para lectura a la empresa Dosimetrix. Solicitud de entrega de elementos de protección personal a Almacén a través de correo electrónico. Solicitud de corrección de condiciones inseguras reportadas por el personal. Actualización de Política de Seguridad y Salud en el trabajo aprobada bajo resolución No. 89 de 15 de Febrero de 2018. Actualización de Política de Prevención del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas aprobada bajo resolución No. 90 de 15 de Febrero de 2018. Solicitud diseño de señalética de espacios libres de humo para las áreas de la ESE-HUS.	Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	50%	27%	Se toma en cuenta la información del personal de planta y la información que fue allegada a la Unidad Funcional de Talento Humano de las siguientes empresas: Darsalud Asp Medica Gestión Integral Comedes Medtec Ecoservir AsistenciaSalud Deltha 1	Reemplazo de dosímetros mensual al personal ocupacionalmente expuesto. Envío mensual de dosímetros en uso para lectura a la empresa Dosimetrix. Solicitud de entrega de elementos de protección personal a Almacén a través de correo electrónico. Concertación de señalización de espacios libres de humo. Capacitación en Normas de Bioseguridad al personal administrativo. Inspección a puesto de trabajo profesional enfermería y talento humano. Inspección en cumplimiento de normas de Bioseguridad en las áreas de la ESE-HUS. Seguimiento a actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo. Prevención del Riesgo Psicosocial con enfoque en relaciones interpersonales. Solicitud a Farmacia de fichas de seguridad de productos químicos. Capacitación a la brigada de emergencias. Capacitación en Inspecciones de Seguridad al Copasat. Concertación de parámetros de vacunación al personal de urgencias. Revisión de exámenes médicos del personal ocupacionalmente expuesto. Socialización de la política de prevención del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas al personal de	Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	72%	50%	Entrega de dosímetros personales Envío de dosímetros personales Registro de asistencia concertación señalización espacios libres de humo Registro de asistencia capacitación en normas de Bioseguridad personal administrativo Informe de inspección a puesto de trabajo profesional enfermería y Talento humano Registro de asistencia seguimiento a actividades del SG-SST Registro de asistencia prevención del riesgo psicosocial oficio solicitud de fichas de seguridad a Farmacia Registro de asistencia capacitación en inspecciones de Seguridad e Investigación de Accidentes al Copasat. Registro de asistencia concertación de parámetros de vacunación al personal de urgencias. Registro de asistencia de revisión de exámenes médicos del personal ocupacionalmente expuesto. Registro de asistencia socialización de política de prevención al personal de mantenimiento Registro de asistencia socialización del SG-SST Registro de asistencia ensamble nutrición y laboratorio clínico. Registro de asistencia capacitación en Higiene Postural Registro de asistencia socialización de resultados estudiante de practica terapia ocupacional Formato diligenciado de Rondas de seguridad realizadas.	
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	1. elaborar plan de formalización laboral de la ESE HUS	Febrero	Diciembre	se realizo reunion con el ministerio de trabajo seccional santander en donde se manifesto la intencion de realizar el estudio de formalizacion laboral	Gerencia	0%	10%	Actas de Mesa de Trabajo	se realizo reunion con el ministerio de trabajo seccional santander en donde se manifesto la intencion de realizar el estudio de formalizacion laboral	Gerencia	0%	10%	Actas de Mesa de Trabajo	Evidencias deben ser aportadas por la Gerencia. Evidencias deben ser aportadas por la Gerencia.
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 reuniones realizadas del grupo de estándar de talento humano/Número de reuniones programadas)*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	Febrero	Diciembre	Participación en la elaboración del MCC1, Planes de mejora, políticas, caracterización, asistencia a capacitaciones, reuniones de equipo de estándar	Gerencia Grupos de Acreditación	25%	27%	Lista de asistencia de las reuniones de los correos enviados con trabajos realizados	Cumplimiento del Plan de Mejoramiento de Acreditación y Participación asistencia a las reuniones de Acreditación	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano			Carpeta de Evidencias seguimiento PAMEC	

**SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTION INTEGRAL DE LA INFORMACION**



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	01-enero a Marzo 31 de 2018
MACROPROCESO	Gerencia de la Información.
PROCESO RESPONSABLE	Sistemas
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	Nelly Méndez Meza
CARGO LIDER DEL PROCESO	Profesional Especializado

PLAN DE ACCIÓN				PRIMER SEGUIMIENTO					SEGUNDO SEGUIMIENTO										
CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
					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 sección de niños en el portal www.hus.gov.co)	01-ene-2018	31-dic-2018	Sugerencia Administrativa UFATI - Sistemas Desarrollo Institucional	Se realizó compra de plantilla para cambio de diseño del portal www.hus.gov.co. Se construyo un modelo de pagina web con la nueva imagen de diseño escogida con la plantilla	Sugerencia Administrativa UFATI - Sistemas Desarrollo Institucional	50	50	Imagen del Modelo nuevo de Pagina Web	Se define 4 actividades para realizar, de las cuales se han realizado dos. 1. Compra de Plantilla 2. Pagina modelo del portal www.hus.gov.co 3. Verificación del Contenido Migrado 4. Puesta en marcha de la nueva pagina Se requiere el acompañamiento continuo y la generación de noticias, con imágenes y colores por parte de prensa, ya que una falencia es la falta de contenido permanente.	Se presento a desarrollo institucional la nueva pagina, para su revisión y aportes.	Sugerencia Administrativa UFATI - Sistemas Desarrollo Institucional	75	75	Lista de Asistencia	
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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 través de herramienta software institucional.	01-ene-2018	31-dic-2018	Sugerencia Administrativa UFATI Unidad de Seguridad del Paciente	Se han realizado 2 actualizaciones al modulo de Eventos Adversos (Gepa), de acuerdo a los requerimientos solicitados por la lider de Seguridad del Paciente. (14 dic 2017 - Agregar en la interfaz Asignado A y relaciona CON. Los ajustes se hacen de acuerdo a las solicitudes de seguridad del paciente.	Sugerencia Administrativa UFATI Unidad de Seguridad del Paciente	100	100	Correo solicitado por Seguridad del Paciente	El indicador calculado es correspondiente a las labores de apoyo que presta ufati. Se realizaron las actualizaciones solicitadas por seguridad del paciente en el trimestre.						

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 Realización estudio sobre viabilidad de actualización o cambio software institucional.	01-ene-2018	31-dic-2018	Gerencia Sugerencia Administrativa UFATI Sistemas	Se presentó la última versión del Software DINAMICA GERENCIAL, con el objetivo de conocer los avances de la herramienta, invitando a médicos, enfermeras, coordinadores y personal administrativo.	Gerencia Sugerencia Administrativa UFATI Sistemas	0	20	Lista de Asistencia.	Se elaboró requerimiento para actualización de Dinamica. Actualmente en proceso de contratación	Gerencia Sugerencia Administrativa UFATI Sistemas	67	67	Requerimiento Elaborado.	Se definen las siguientes actividades: 1. Presentación Nueva Versión DGH al Interior del HUS. 2. Elaboración de requerimiento Técnico para la actualización de DGH. 3. Ejecución del Contrato.	
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	Software actualizado o adquirido	3. Definición de fases para el proyecto de la herramienta producto de la decisión	01-ene-2018	31-dic-2018	Subgerencia Administrativa Sistemas -	Esta actividad se desarrolla de acuerdo a la decisión de cambiar el sistema de información o Actualizar el actual.	Subgerencia Administrativa Sistemas -	0		Ninguna							
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 gestión documental en la institución.	01-ene-2018	31-dic-2018	Subgerencia Administrativa UFATI	Se radico proyecto de Gestión Documental, en desarrollo institucional para que fuese incorporado en el banco de Proyectos. También se Entrego a la SubGerencia Administrativa y Financiera el proyecto para su gestión.	Subgerencia Administrativa UFATI	100		Correo de Radicación del proyecto-	La decisión de la adquisición de la herramienta para Gestión Documental es Gerencial. Sin embargo se va a revisar el módulo que trae Almera para saber que nos cubre de Gestión Documental.	Subgerencia Administrativa UFATI	100				
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 implementación del programa de gestión documental, del PINAR y demás herramientas archivísticas.	01-ene-2018	31-dic-2018	Subgerencia Administrativa UFATI	Se elaboro requerimiento para la contratación de este profesional. Queda pendiente de pasarlo a la Subgerencia administrativa para su revisión y aprobación.	Subgerencia Administrativa UFATI	50	25	Requerimiento Elaborado	Se definen dos actividades: 1. Se elabora requerimiento justificando la necesidad. La Gerencia y Subgerencia Administrativa aprueban o no los recursos financieros. 2. Ejecución del Contrato	La subGerencia Administrativa y Financiera aún no ha aprobado este profesional.		50	50		
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 gestión tendiente a la actualización del hardware obsoleto (130 equipos).	01-ene-2018	31-dic-2018	Sugerencia Administrativa Sistemas	Se envió requerimiento a la subgerencia administrativa y financiera para su revisión y directriz para la adquisición	Sugerencia Administrativa Sistemas	50	25	Correo enviado	Se definen dos actividades: 1. Elaboración Requerimiento 2. Ejecución del contrato respectivo, si la gerencia aprueba los recursos financieros.	Esta pendiente de asignación presupuestal.		50	50		
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	MP1. Actualizar el hardware institucional	Red Inhalámbrica reforzada	2. Reforzar la red inhalámbrica de la ESE HUS.	01-ene-2018	31-dic-2018	Sugerencia Administrativa Sistemas	Se realizó requerimiento para la adquisición de equipos para el mejoramiento de la red inhalámbrica.	Sugerencia Administrativa Sistemas	50	25	Requerimiento Elaborado	Se definen dos actividades: 1. Elaboración Requerimiento 2. Ejecución del contrato respectivo, sin la gerencia aprueba los recursos financieros.	Esta pendiente de asignación presupuestal.		50	50		
	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 Elaboración de la ruta y fichas técnicas de los indicadores que soportan los informes solicitados por los entes de control.	01-ene-2018	31-dic-2018	Calidad Sugerencia Administrativa UFATI Control interno	Se realizó ajustes a la ficha técnica del informe 2193, así como se ha afinado el proceso de acuerdo a otras fuentes de información identificadas.	Calidad Sugerencia Administrativa UFATI Control interno	100	25	Ficha Técnica 2193	Se define una actividad y se cumplió	Se realizó referenciación virtual sobre indicadores de Gestión de acuerdo al modelo de de MIPG		50	50	Se anexa formato de Referenciación.	

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PL-FO-04 Versión 3
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	Primer Trimestre

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

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		SEGUIMIENTO No. 1					SEGUIMIENTO No. 2						
					FECHA INICIO	FECHA FINAL	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
					PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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	Realizar capacitación semestral de atención humanizada a los ejecutores de los procesos adscritos a la Subgerencia de Apoyo Diagnóstico	01/02/2018	31/12/2018	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre	Subgerente Apoyo Diagnóstico Grupo de Humanización Talento Humano	0%	0%		se realizara la capacitación en los grupos primarios del mes de mayo de 2018	se realizo capacitación de humanización el día 26/05/2018
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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 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	01/02/2018	31/12/2018	Se realizó entrega del proyecto de laboratorios para enfermedades huérfanas a la Oficina desarrollo Institucional No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre	Subgerente Apoyo Diagnóstico Subgerente Apoyo Diagnóstico Unidad de Seguridad del Paciente	0	50%	Proyecto escaneado enfermedades huérfanas	No Aplica	se espera respuesta por parte de Desarrollo institucional quien esta haciendo estudio del proyecto	Subgerente de servicios de apoyo Diagnostico	0%	0%	No Aplica	No Aplica
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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/ total eventos adversos)	((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	01/02/2018	31/12/2018	se coordinara con las Sugencias que manejan el personal asistencial, para programar las capacitaciones en los meses de mayo y Junio	Subgerente Apoyo Diagnóstico Unidad de Seguridad del Paciente Líder Hemocentro	0%	0%	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre	No Aplica	se realizo capacitación de eventos adverso por parte de la subgerencia de enfermería	Subgerente de servicios de enfermería	0%	50%	se anexa lista de asistentes	No Aplica
		implementar en por lo menos un 80% los paquetes instruccionales		1- Aplicar encuesta de conocimiento de transfusión al personal medico.			No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre		0%		No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre	No Aplica	No Aplica			0%	No Aplica	se esta consolidando por parte del la dirección del hemocentro el listado de medicos para la capacitacion

PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	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	(Paquetes instruccionales priorizados implementados por servicio / Total paquetes instruccionales priorizados para la ESE)*100	2. Programar capacitación semestral al personal médico y enfermería sobre transfusión segura. 3. Realizar seguimiento periódico a las transfusiones en la institución. 4. Realizar reporte, investigación y análisis de incidentes y eventos relacionados con la transfusión y aplicación de hemocomponentes.	01/02/2018	31/12/2018	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre Se realiza reporte de incidentes y eventos adversos relacionados con la transfusión y aplicación de hemocomponentes	*Subgerente Apoyo Diagnóstico Unidad de Seguridad del Paciente Líder Hemocentro*	10%	0% 0% 25%	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre Se anexa informe de reporte de incidentes y eventos adversos relacionados con la transfusión y aplicación de hemocomponentes	No Aplica No Aplica No Aplica	No Aplica No Aplica No Aplica	*Subgerente Apoyo Diagnóstico Unidad de Seguridad del Paciente Líder Hemocentro*	10%	0% 10% 50%	No Aplica No Aplica No Aplica	se esta coordinando con la subgerencia de enfermería para realizar la capacitación el próximo semestre estas son realizadas por el medico general del hemocentro No Aplica
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 capacitación en identificación segura semestral en los diferentes servicios adscritos a la Subgerencia	01/02/2018	31/12/2018	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre	Subgerente Apoyo Diagnóstico Unidad de Seguridad del Paciente Líderes servicios Apoyo Diagnóstico	0%	0%	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre en el mes de mayo se programara reunion con el equipo de arquitectura y la jefe del laboratorio para revisar planos	se realizo capacitacion de identificación segura de pacientes por parte de la subgerencia de enfermería	Subgerente Apoyo Diagnóstico Unidad de Seguridad del Paciente Líderes servicios Apoyo Diagnóstico	100%	100%	se anexa listado de asistencia a la capacitacion	No Aplica	
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Verificar que por lo menos el 50% del personal que realiza actividades dentro de los convenios docente asistencias cuentan con formación de postgrado en docencia o experiencia de	(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	01/02/2018	31/12/2018/	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre	Subgerente Apoyo Diagnóstico Líder convenio docencia servicio Líderes servicios Apoyo Diagnóstico	0%	0%	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre se realizara autoevaluación de todos los estándares de acreditación en el mes de junio para la elaboración de planes de mejora durante el segundo semestre	No Aplica	Subgerente Apoyo Diagnóstico Líder convenio docencia servicio Líderes servicios Apoyo Diagnóstico	0%	0%	No Aplica	No Aplica	
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	01/02/2018	31/12/2018	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre	Subgerente Apoyo Diagnóstico Calidad Líderes servicios Apoyo Diagnóstico Subgerente Apoyo Diagnóstico Calidad Líderes servicios Apoyo Diagnóstico	0% 0%	0% 0%	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre	No Aplica No Aplica	Subgerente Apoyo Diagnóstico Calidad Líderes servicios Apoyo Diagnóstico Subgerente Apoyo Diagnóstico Calidad Líderes servicios Apoyo Diagnóstico	0% 0%	0% 0%	No Aplica No Aplica	No Aplica	
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 Hematología	01/06/2018	31/12/2018	Se realizo 2 validaciones de las pruebas de cariogenia y 20 en proceso de validación	Subgerencia de apoyo Diagnóstico Profesional Especializado Laboratorio Especial de Hematología	9%	25%	Se anexa certificación de las validaciones emitidas	No Aplica	Subgerencia de apoyo Diagnóstico Profesional Especializado Laboratorio Especial de Hematología	9%	0%	No Aplica	no se ha avanzado mas debido a la renuncia de la citogenetista	
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 adelantará en nuestra institución.	01/02/2018	31/12/2018	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre	Subgerencia de apoyo Diagnóstico Profesional Laboratorio Clínico	0%	0%	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre	No Aplica	Subgerencia de apoyo Diagnóstico Profesional Laboratorio Clínico	0%	0%	No Aplica	No Aplica	
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 estándares vigencia 2018	01/02/2018	31/12/2018	Se está realizando asistencia por parte de la subgerencia de ADX a las actividades de Acreditación y adelantado acciones relacionados al grupo de PACAS	Subgerente Apoyo Diagnóstico Calidad Líderes servicios Apoyo Diagnóstico	0%	25,0%	No Aplica	No Aplica	Subgerente Apoyo Diagnóstico Calidad Líderes servicios Apoyo Diagnóstico	0%	50,0%	No Aplica	No Aplica	