

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



AÑO DE VIGENCIA	10-Jul-05
PERIODO EVALUADO	Tercer trimestre

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

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	ACTIVIDADES EJECUTADAS		
					FECHA INICIO	FECHA FINAL															
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Lograr como mínimo el 50% de avance físico de dos de las cuatro obras contempladas en el Eje de Eficiencia Administrativa del Plan de Desarrollo.	% avance de obra en el período	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-feb-18	31-dic-18	Supervisión de interventorías y seguimiento a la ejecución contractual Balance de obra para determinar alcance	Gerencia	0-ene-00	0-ene-00	Registro Fotografico Informe de Obra	No aplica No aplica	No aplica No aplica	Gerencia	0-ene-00	0-ene-00	Informe y certificación de la interventoría Informe y certificación de la interventoría	No Aplica No Aplica	No Aplica No Aplica	Se evidenció avance por la interventoría por el 55% a corte del primer semestre Se evidenció avance por la interventoría por el 55% a corte del primer semestre	
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 "dinámica" 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 Dinámica y analizar el costo-beneficio de su adquisición e implementación en la ESE HUS	1-feb-18	31-dic-18	Se solicitó al área de sistemas informe en el cual se exponga las deficiencias del software actual para realizar diagnóstico inicial se evidencia avance de la actividad se realizó reunión con el	Gerencia	0-ene-00	0-ene-00	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 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.	Se realizó análisis del software y revisión de las posibles referenciaciones a nivel nacional Se programa la referenciación para el mes de Julio en el hospital Universitario San Jorge de Pereira	Gerencia	0-ene-00	0-ene-00	Informe por pgd Listado de opciones para referenciación No Aplica	No Aplica No Aplica	No Aplica No Aplica	Se realizó análisis del software y revisión de las posibles referenciaciones a nivel nacional Se programa la referenciación para el mes de Julio en el hospital Universitario San Jorge de Pereira	
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 presentados a la junta de venta de servicios	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-feb-18	31-dic-18	se evidencia avance de la actividad se realizó reunión con el ministerio de trabajo seccional santander en donde se manifestó la intención de	Gerencia	0-ene-00	1-ene-00	Actas con el ministerio de Trabajo	No aplica	se realizó reunión con el ministerio de trabajo seccional santander en donde se manifestó la intención de realizar el estudio de formalización laboral	Gerencia	0-ene-00	0-ene-00	1-ene-00	Actas con el ministerio de Trabajo	No Aplica	No Aplica	se realizó reunión con el ministerio de trabajo seccional santander en donde se manifestó la intención de realizar el estudio de formalización laboral
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	mediante mecanismos de RED/Total de venta de servicios	Realizar actividades de contratación con las EPS mediante mecanismo de redes	1-feb-18	31-dic-18	reuniones al interior del equipo de apoyo a la contratación para definir suficiencia y modelos de contratación en red 2. reuniones se ha tenido	Gerencia	0-ene-00	0-ene-00	0-ene-00	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	No se evidencia avance de la actividad	Gerencia	0-ene-00	0-ene-00	0-ene-00	0-ene-00	No Aplica	No Aplica	No se evidencia avance de la actividad

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

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	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
					FECHA INICIO	FECHA FINAL													
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 y administración de medicamentos / Total eventos adversos reportados en el período *100	Eventos adversos asociados a caídas de pacientes, úlceras por presión y administración de medicamentos / Total eventos adversos reportados en el período *100	Participar en las capacitaciones relacionadas con temas de seguridad del paciente definidas en el cronograma de inducción y reintroducción, PIC institucional. Formación de multiplicadores de la cultura de seguridad del paciente. Hacer seguimiento trimestral a la adherencia de: Protocolo para la prevención de caídas, Guía para la prevención de úlceras por presión y de administración de medicamentos. Formación de multiplicadores de la cultura de seguridad del paciente.	ene-18	dic-18	Se envió a talento humano el 19/01/2018 las necesidades de educación en base a los 3 eventos monitoreados por la resolución 0256 de 2014 y principales eventos e incidentes de la ESE HUS para incluirlos en el PIC institucional. A la fecha no se ha socializado al PIC por parte de talento humano. Se hizo verificación a la medición de adherencia a protocolo para la prevención de caídas realizada en el mes de Enero por la subgerencia de enfermería. Se hizo medición en 15 servicios obteniendo un puntaje general cuantitativo de 92.91 y cualitativo de BUENO	Profesional especializado de apoyo Seguridad del paciente y Enfermera especialista de apoyo Seguridad del paciente	30%	25%	Correo enviado a talento humano con las necesidades de educación en seguridad del paciente. Informe de Auditoría del Protocolo Cuidado de Enfermería a la Persona con Riesgo de Caídas. ENF-PT-19	Los resultados del 1 Trimestre 2018 son : TASA DE UPP: 2 TASA DE CAIDAS EN HOSPITALIZACIÓN: 0,4 TASA DE CAIDAS EN URGENCIAS: 2 TASA DE CAIDAS EN APOYO DIAGNOSTICO Y CONSULTA EXTERNA: 0 EVENTOS ADVERSOS EN URGENCIAS: 0,83 FLEBITIS: 3	Profesional especializado de apoyo Seguridad del paciente y Enfermera especialista de apoyo Seguridad del paciente	17%	50%	Listados de asistencia a capacitación de líderes de los paquetes instruccionales	En el mes de Junio se realizó capacitación a los líderes de los paquetes instruccionales sobre referenciación e implementación de los paquetes, reporte de incidentes y eventos adversos en el grupo primario de rehabilitación (33 colaboradores). Se socializó a vigilancia el protocolo de prevención de fuga de paciente (54 colaboradores). Se socializó a través de google forms la política de seguridad del paciente, y paquetes instruccionales adaptados por acreditación y evaluó el protocolo para prevención de caídas a 664 colaboradores a través del aula virtual obteniéndose un promedio de 4,2 en la evaluación de conocimiento. Agosto a septiembre de 2018 se socializó y evaluó a 653 colaboradores en la guía para el manejo de la persona con riesgo de úlcera, con un porcentaje de 4,57 en la evaluación de conocimiento.	En el mes de Abril se realizó capacitación sobre seguridad del paciente a los líderes e integrantes de los grupos de acreditación.	En el mes de Julio se realizó seminario taller en liderazgo y gestión en seguridad del paciente a los líderes de la institución (67 líderes). En el mes de septiembre se realizó la segunda sesión de capacitación a líderes de seguridad del paciente (40 asistentes)
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 (infecciones asociadas a la atención en salud, garantizar atención segura binomio madre-hijo, prevenir complicaciones	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, reunión 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	85,71	25%	Actas de reuniones realizadas con los líderes de las buenas practicas. Avance de cumplimiento de lista de chequeo por paquete instruccional UPP: 74% Caídas:74% Identificación: 84% Medicamentos:63% Prevención de infecciones 70,4% Cirugía 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	86%	50%	Informe de auditoría Guía cuidados para la persona con riesgo de úlceras por fiección y/o cizamiento	Se realizó referenciación, función de los paquetes instruccionales, elaboración de protocolos de implementación y revisión de indicadores de cada paquete instruccional. Se realizó reuniones con los líderes para elaboración de fichas de indicadores		
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos un 80% el programa de identificación de paciente	Sumatoria de evaluación de identificación de pacientes en rondas de seguridad en servicios internación urgencias / Total	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	91,025	25%	Cartas enviadas 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: 96,3% Quirófanos y recuperación: 86% Cirugía General: 88,8%	Se dió 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: 651 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%.	De 124 de Mayo al 30 de septiembre han consultado 927 colaboradores el instructivo de identificación de paciente, 858 han presentado evaluación de conocimiento con un promedio de calificación de 4,66.	

PD	Mejorar la integralidad y resolutividad en la prestación de los servicios de salud	Aumentar a por lo menos el 90% la aplicación del protocolo de Londres sobre los eventos adversos reportados	Eventos adversos a los que se le aplicó el 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	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	Se definió análisis de IAAS y reingresos con la herramienta protocolo de Londres. Se envió correo y se realizó reunión con los responsables (infectólogo y auditor médico de calidad)	
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 capacitó a los profesionales a cargo de los subprogramas y se envió herramienta por correo electrónico.	Profesional especializado de apoyo Seguridad del paciente y Enfermera	78%	25%	Formato de asistencia a la capacitación. correo de invitación a la capacitación y correo de envío de herramienta.	Tecnovigilancia 91%, hemovigilancia 100%, farmacovigilancia 50%, reactivovigilancia 100%, IAAS 50%	Se envía correo recordando entrega de informe semestral de avances 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	81%	50%	Pantallazo de correo enviado a los líderes de los subprogramas. Informe del programa de tecnovigilancia	Farmacovigilancia envió herramienta diligenciada (pendiente presentarla en el comité de farmacia para evaluación). Reactivovigilancia envía herramienta completa con un porcentaje de implementación del programa del 100%. Tecnovigilancia envía informe con un porcentaje de implementación del 61%

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



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	01 julio a 30 de septiembre de 2018

MACROPROCESO	GESTIÓN 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

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
					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	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	15	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	La oficina Asesora de Desarrollo Institucional mediante oficio No. 1220-ODI-49-2018 de fecha 31 de Julio de 2018, remite el informe de avance de obras, donde se describen tanto el porcentaje de avance físico, así como el porcentaje de ejecución financiera de las obras contempladas dentro del Plan de Desarrollo Institucional, acorde con lo reportado en el	Jefe Oficina Control Interno	No se cuenta con el resultado	40	Oficio 1400-OCI-0095-2018 a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y Oficio 1400 - OCI - 000095-2018 a la Oficina Asesora Jurídica, solicitando Informe de avance de obras e Informe sobre reactivación 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	La Oficina de Control Interno realiza seguimiento a esta actividad encontrando que se realizó reunión el 12 de enero de 2018 con la Directora, el Inspector del Ministerio de Trabajo y el señor Gerente de la ESE HUS donde socializaron el "Instructivo acuerdo de formalización laboral en las ESES", normatividad y beneficios jurídicos, quedando como conclusión la presentación de oficio o carta de intención voluntaria de iniciar proceso de formalización laboral, cuyo cumplimiento se dio días después mediante el oficio No. 1000-G-0094-2018 firmado por el Gerente de la	Jefe Oficina Control Interno	No se cuenta con el resultado	40	1. Copia Listado de Asistencia reunión Mintrabajo - HUS del día 12 de enero de 2018. 2. Copia Listado de Asistencia reunión Mintrabajo - HUS del día 26 de enero de 2018. 3. Carta de intención de la Gerencia de la ESE HUS, respecto del inicio del proceso de formalización laboral.	
		Porcentaje de cumplimiento del Plan de		Realizar seguimiento a las actividades programadas en el Plan de Formalización Laboral de la ESE HUS	may-18	Ene-2019	No se ha iniciado seguimiento hasta no contar con el plan de formalización laboral	Jefe Oficina Control		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 anticorrupcion y atención al	IR1 Reportes anticorrupcion publicados en la página web.	Realizar seguimiento al cumplimiento del Plan Anticorrupcion y Atención al Ciudadano 2018	abr-18	Ene-2019	Se elaboró el segundo seguimiento al cumplimiento del Plan Anticorrupcion y Atención al Ciudadano.	Jefe Oficina Control Interno	2 reporte publicado	50	Informe: Segundo seguimiento Plan Anticorrupcion 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	IR2 Actividades de planeación realizadas con participación de alianza de usuarios y/o	Realizar evaluación de la audiencia de Rendición de Cuentas	may-18	Junio-2018	Se elaboró informe de evaluación de la audiencia de Rendición de Cuentas vigencia 2017	Jefe Oficina Control Interno		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 unica	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: * Seguimiento Contraloría Departamental * Seguimiento Plan de Mejoramiento Supersalud * Seguimiento al Plan Anticorrupcion	Jefe Oficina Control Interno		75	* Seguimiento Contraloría Departamental * Seguimiento Plan de Mejoramiento Supersalud * Seguimiento al Plan Anticorrupcion	

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



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	PRIMER, SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

MACROPROCESO	GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO
PROCESO RESPONSABLE	RECURSOS FÍSICOS, ALMACEN, MANTENIMIENTO Y SERVICIOS BÁSICOS.
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	YOLANDA CEDIEL CASTILLO
CARGO LIDER DEL PROCESO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UFRFSB

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	SEGUIMIENTO No. 1 (PRIMER TRIMESTRE)				SEGUIMIENTO No. 2 (SEGUNDO TRIMESTRE)			
					FECHA INICIO	FECHA FINAL							ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE

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	Áreas que requieren mantenimiento intervenciones/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.	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.	
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Actualizar 130 equipos en la vigencia	Servicios a los que se les realizó toma física de	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	Almacén e Inventarios	16%	25%	Oficios de inspecciones de activos fijos así:	Se realizó dando cumplimiento a cronograma de inventario de activos fijos para el 2018 en la ESE HUS	Almacén e Inventarios	31%	25%	AVANCE A JUNIO 30 DE 2018:	Se está dando cumplimiento a cronograma de inventario de activos fijos para el 2018 en la ESE HUS	Se realizaron inventarios aleatorios de activos fijos en los servicios (por área y responsable) para corroborar la existencia física de los mismos.

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



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERÍODO EVALUADO	PRIMER TRIMESTRE - SEGUNDO TRIMESTRE
MACROPROCESO	GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO
PROCESO RESPONSABLE	SERVICIOS BÁSICOS; INFRAESTRUCTURA, GESTIÓN AMBIENTAL Y DOTACIÓN E INSUMOS
NOMBRES Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	YOLANDA CEDIEL CASTILLO
CARGO LIDER DEL PROCESO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - UFRFSB

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	SEGUIMIENTO No. 2 (SEGUNDO TRIMESTRE)						
					FECHA INICIO	FECHA FINAL							ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
					FECHA INICIO	FECHA FINAL							ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
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	Áreas que requieren mantenimiento intervenciones/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.	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.		
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 electricas, carpintería, pintura y otros presentadas por las diferentes dependencias de la institución; participar en las rondas de seguridad del ambiente físico.	Profesional Universitario o Servicios Básicos y el coordinador de enlace de mantenimiento de la balanza	81%	25%	Anexo el reporte 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 palaneta física	85%	50%	Anexo el reporte de mantenimiento de inicio de 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 les realizó toma física de activos fijos/ Total servicios de la ESE	Garantizar la toma física aleatoria de los activos fijos de las diferentes áreas de la ESE	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 Diagnostico, UFRFSB y Oficina Revisora Fiscal.	Almacén e Inventarios	16%	25%	Oficios de inspecciones de activos fijos así: - Oficio 2210-GTAL-023-2018 fechado enero 30/18, remitido a la Bacterióloga Myriam Fanny Anaya Martínez, Jefe Oficina Asesora de Calidad. - Oficio 2210-GTAL-024-2018 fechado enero 30/18, remitido al Economista Hernán Alonso Delgado Cordero, Jefe Oficina Asesora Desarrollo Institucional. - Oficios 2210-GTAL-041-048-2018 fechado marzo 01/18, remitido al Médico Sigifredo Fonseca González, Subgerente Servicios de Apoyo Diagnostico.	Ninguna	Almacén e Inventarios	31%	25%	AVANCE A JUNIO 30 DE 2018: Oficio 2210-GTAL-112-2018 fechado: mayo 24 de 2018, remitido al Dr. Alvaro Gómez - Subgerente Servicios Médicos, Asunto: traslado e inspección de activos fijos servicio urgencias adultos. Oficio 2210-GTAL-118-2018 fechado: mayo 30 de 2018, remitido al Dr. Alvaro Gómez	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 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 o Planta Física	14= 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	13	33%	"Guía del evaluador de Hospitales Seguros" Formularios para la evaluación de hospitales seguros			
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 prioritarias	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 noviembre 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 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 Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Profesional Especializado Gestion del Riesgo de Desastres- Profesional Universitario Planta Física	NA	NA	Carpeta Fase I "Compromiso de la Gerencia. "Conformación del Comité. "Elaboración de la Matriz DOFA.			
				Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número 1 del Programa de producción mas Limpia Organizaciones Competitivas 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	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 o 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.			

PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional	Elaborar proyecto de gestión ambiental para orientar la obtención de un reconocimiento ambiental	Acciones realizadas para la implementación del Programa de Limpieza/Total acciones programas para la implementación del programa de Producción Limpia. Organizaciones comprometidas con un ambiente sostenible (P+L,OCAMS)	Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número I del Programa de producción mas limpia Organizaciones Compemtedas 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 Gestión Ambiental y Sanitaria. Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número II del Programa de producción mas limpia Organizaciones Compemtedas con un ambiente saludable (P+L,OCMS): *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. Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número III del Programa de producción mas limpia Organizaciones Compemtedas con un ambiente saludable (P+L,OCMS): *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.	feb-18	jun-18	*Diligenciar los formatos denominados: *Informe preliminar *Control de documentos *Elaboración del normograma de Gestión Ambiental	Profesional Universitario o UFRFSB - Gestión Ambiental	3/3=100%	40%	*Informe preliminar *Control de documentos *Elaboración del normograma de Gestión Ambiental	*Diligenciar los formatos denominados: *Informe preliminar *Control de documentos *Elaboración del normograma de Gestión Ambiental	Profesional Universitario UFRFSB - Gestión Ambiental	3/3=100%	100%	Carpeta Fase II *Informe preliminar *Control de documentos *Elaboración del normograma de Gestión Ambiental	
				Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número III del Programa de producción mas limpia Organizaciones Compemtedas con un ambiente saludable (P+L,OCMS): *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 o 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%	Carpeta 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 mas limpia Organizaciones Compemtedas con un ambiente saludable (P+L,OCMS): *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 o UFRFSB - Gestión Ambiental	N/A	N/A	N/A	N/A	Profesional Universitario UFRFSB - Gestión Ambiental	N/A	N/A	N/A	*Se realizó el diligenciamiento del formato denominados identificación inicial de objetivos.
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	(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	Se realiza seguimiento a los servicios publicos
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	(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.	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	Se realiza seguimiento a los servicios publicos

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



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	Segundo Trimestre

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

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	PLAN DE ACCIÓN		RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	
					CRONOGRAMA							
					FECHA INICIO	FECHA FINAL						
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Garantizar la participación de la alianza de usuarios en por lo menos 3 actividades de planeación como son el direccionamiento estratégico, la rendición de cuentas y el seguimiento a la ejecución del plan de	IR2 Actividades de planeación realizadas con participación de usuarios y/o Veedores. (Actualización direccionamiento estratégico. Rendición de	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	ene-18	dic-18	Se realizó convocatoria de la asociación de usuarios Mediante llamadas telefónicas	1/1=100%	75%	Listado de llamadas Lista de asistencia a reuniones	Se anexan actas de reuniones con lista de llamadas desde enero a la fecha	
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. 4. Reunión 25 de mayo de 2018 Tema: Elección del Presidente de la Alianza de Usuarios. 5. Reunión 29 de Junio de 2018 Tema: Participar y socializar en reunión del mes de 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	ene-18	nov-18	1. El 26 de enero de 2018 se realiza reunión ordinaria donde se realizó cronograma de reuniones para 2018. 2. el 23 de febrero se realizó reunión ordinaria donde se presentó reunión con el área de nutrición. 3. El 16 de marzo se realizó reunión. cacaclación	3/3=100%	75%	cronograma de reuniones. Actas de reuniones	Se anexan actas de reuniones con lista de llamadas desde enero a la fecha	
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	1. Verificación de usuarios víctimas de conflicto amando. 2. Expedición del documento reconociendo a la víctima como soporte al área de facturación 3. Identificación de ventanillas de atención preferencial en los servicios ambulatorios. 4. Enviar requerimiento a la administración para la vinculación de funcionario con formación en salud con experiencia en manejo de personas en situación de discapacidad en instituciones de salud de Bucaramanga, para que realice educación en lengua de señas a los funcionarios HUS, acompañamiento a los usuarios durante la atención.	ene-18	mar-18	se realizo socialización en el comité de calidad de mayo.	Profesional Universitario o SIAU	1/1=100%	75%	Acta de último Comité de Calidad	Acta comité de Calidad.
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 amando. 2. Expedición del documento reconociendo a la víctima como soporte al área de facturación 3. Identificación de ventanillas de atención preferencial en los servicios ambulatorios. 4. Enviar requerimiento a la administración para la vinculación de funcionario con formación en salud con experiencia en manejo de personas en situación de discapacidad en instituciones de salud de Bucaramanga, para que realice educación en lengua de señas a los funcionarios HUS, acompañamiento a los usuarios durante la atención.	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%	75%	fotos libro de registro desplazados. archivo diligenciado de desplazados	Libro de registro reposa en Siau
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. 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. las dependencias realizan en reunión las profesionales de siau y nutrición realizaron ajuste a la encuesta incluyendo ítems de nutrición, la cual fue aprobada en comité de calidad de enero	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. las dependencias realizan en reunión las profesionales de siau y nutrición realizaron ajuste a la encuesta incluyendo ítems de nutrición, la cual fue aprobada en comité de calidad de enero		2/2=100%	75%	cuadro consolidado. evidencia de correos enviados a las subgerencias y respuesta con plan de mejora	Consolidado de quejas de enero a septiembre 2018
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	IR2 Porcentaje de satisfacción a preguntas de la encuesta de satisfacción relacionadas con	Realizar adecuación a la encuesta de satisfacción contemplando el servicio de alimentación	ene-18	dic-18	Realizar adecuación a la encuesta de satisfacción contemplando el servicio de alimentación		1/1=100%	75%	tabulación de encuesta donde se encuentra confort	Tabulación de encuestas donde se encuentra confort
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad en la prestación de los servicios de salud	Realizar una capacitación sobre procesos de atención	IR3 Cumplimiento de las estrategias de capacitación	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	ene-18	dic-18	se realiza socialización por parte de siau de derechos y deberes a los usuarios		1/1=100%	75%	Evidencia de socialización fotos y listado de asistencia	Reposan en módulo Siau

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



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 Valencia Hamínez
CARGO LIDER DEL PROCESO	JEFE OFICINA DESARROLLO INSTITUCIONAL

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	SEGUIMIENTO No. 2							
					FECHA INICIO	FECHA FINAL							ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	
					FECHA INICIO	FECHA FINAL							ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	
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	ene-01	dic-31	Se evidencia Plan de Anticorrupción actualizado y publicado en Página web	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	100%	100%	Se evidencia actualización del Plan Anticorrupción en el mes de Enero	No Aplica	Se realizó la actualización del Plan Anticorrupción y se publicó en la página web	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	50%	100%	Plan Anticorrupción actualizado	No Aplica	No Aplica	No Aplica
				2. Actualizar y publicar mapa de riesgos del Plan Anticorrupción			No se evidencia avance	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	0%	No Aplica	Se está programado para publicar con el primer seguimiento del primer trimestre para el mes de abril	Se realizó actualización y publicación del Mapa de Riesgos de anticorrupción	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	100%	100%	Mapa de Riesgos de plan anticorrupción actualizado	No Aplica	No Aplica	No Aplica	
				3. Publicar en página WEB 4 seguimientos al plan anticorrupción			No se evidencia avance	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	0%	No Aplica	Se está programado para publicar con el primer seguimiento del primer trimestre para el mes de abril		Jefe Oficina Desarrollo Institucional	100%	100%	Reportes a la página web	No Aplica	No Aplica	Se realizó seguimiento al Plan Anticorrupción y se realizó los respectivos reportes	
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional	Garantizar la participación de la alianza de usuarios en por lo menos 3 actividades de planeación como son el direccionamiento estratégico, la rendición de cuentas y el seguimiento a la ejecución del plan de desarrollo	(Actividades realizadas con participación de alianza de usuarios / 3 actividades de Participación de la alianza de usuarios planeadas en la vigencia 2018)*100	1. Apoyar al SIAU en la elaboración de la base de datos de usuarios que puedan ser parte de la alianza de usuarios.	ene-01	dic-31	No se evidencia avance	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	0%	0%	No Aplica	No Aplica	Se realizó reunión con SIAU para la revisión de la base de datos de usuarios que quieren pertenecer a la alianza	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	33%	100%	Se evidencia Base de datos de usuarios y libros de inscripción	No Aplica	No Aplica	No Aplica
				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.			Se realizó citación en el mes de enero de plan de Desarrollo	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	33%	33%	Listas de asistencia/ Validación Plataforma Estratégica	Se anexa acta de asistencia a la reunión del mes de Enero con la alianza de usuarios	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	100%	100%	SE evidencia lista de asistencia de las dos reuniones realizadas con la alianza Fotografías Material Socializado	No Aplica	No Aplica	No Aplica	
				3. Revisar normatividad sobre alianzas y coordinar agenda de trabajo con las mismas.			No se evidencia avance de la actividad	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	0%	0%	No Aplica	No Aplica	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	0%	0%	No Aplica	Pendiente por definir para el tercer trimestre	No Aplica	No Aplica	No Aplica
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.	ene-01	abr-30	Se evidencia organización del evento, publicación en la Página de la Superintendencia, consolidación del Informe	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	20%	20%	Planeación, publicación en la Página de la Superintendencia, consolidación del Informe		Se elaboró proyecto de rendición de cuentas	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	100%	100%	Se evidencia organización del evento, publicación en la Página de la Superintendencia, consolidación del Informe	No Aplica	No Aplica	No Aplica
				2. Realizar evento de rendición de cuentas			No se evidencia avance de la actividad	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	0%	0%	No Aplica	Se tiene programada para el 19 de Abril de 2018	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	100%	100%	Se realizó el evento de rendición de cuentas en Abril 19 de acuerdo a la metodología establecida por el DAFP	No Aplica	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 salud en los que se participe	(No. de proyectos de redes de iniciativa clúster de salud en los que se participe)	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 de la actividad	No Aplica	No Aplica	Se realizó participación en prueba piloto del proyecto "Red Integrada de Servicios de Salud Digital"
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	(Trámites implementados en Página WEB/ Total trámites)	De acuerdo a lo establecido por el comité Antrámites se le dará prioridad a los Trámites que se subirán a la página del SUIT durante el año 2018, después se harán los respectivos caso a caso para subir estos trámites a dicha	feb-01	dic-31	se realizó comité antrámites durante los meses asignados tareas para realizar el inventario de trámites en los diferentes	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	10%	10%	No Aplica	De acuerdo a lo establecido por el comité Antrámites se le dará prioridad a los Trámites que se subirán a la página del SUIT durante el año 2018, después se harán los respectivos caso a caso para subir estos trámites a dicha página.	No se evidencia avance de esta actividad	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	10%	0%	Trámites de Comité Antrámites	No Aplica	No Aplica	Se realizó la racionalización de trámites y aprobación en el SUIT, pendiente la implementación en línea de los trámites ya aprobados en el SUIT
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	IR2. Postulación para la acreditación con puntaje autoevaluación acreditación > o = 3.0	Elaborar, socializar e Implementar las acciones de Mejora que garanticen resultado mayor o igual a 2.0 en la autoevaluación de estándares vigencia 2018	ene-01	dic-31	Se realizó participación de los planes de mejoramiento de Direccionamiento y Gerencia	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	0%	0%	No Aplica	No Aplica	Se desarrollaron avance en las acciones de mejoramiento de los estándares de Direccionamiento y Gerencia	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	25%	50%	Planes de Mejoramiento y evidencias derivadas de la Oficina de Desarrollo Institucional	Planes de Mejoramiento con avance	No Aplica	Se realizó participación en las actividades de Acreditación y avanza en el desarrollo de las acciones de Mejoramiento pendienteAutoevaluación
PD	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.	Fortalecer la comunicación asertiva y trabajo en equipo, generando	Número de estrategias de comunicación implementadas/Total	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 Direccionamiento 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	No Aplica	Se evidencia plan de comunicaciones e implementación de Estrategias

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 DE AMBIENTE FÍSICO
PROCESO RESPONSABLE	INFRAESTRUCTURA
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	YOLANDA CEDIEL CASTILLO

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	SEGUIMIENTO No. 2 TRIMESTRE ABRIL-JUNIO								
					FECHA INICIO	FECHA FINAL							ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS		
					FECHA INICIO	FECHA FINAL							ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS		
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Realizar nueva autoevaluación de normatividad de hospital seguro.	Actividades Realizadas/Actividades Planeadas	1. Revisar la información del Índice de Seguridad Hospitalaria (SH) realizada ESE HUS en el 2013 por el MSPS y OPS-OMS	1-feb-18	28-mar-18	Se realizó compilación de la información del índice de seguridad realizada en el 2013	Profesional Especializado Gestión del Riesgo de Desastres	1/4= 25%	25%	Carpeta Gestión del Riesgo de Desastres	Actividades realizadas en el Primer Trimestre	Profesional Especializado Gestión del Riesgo de Desastres- Profesional Universitario Planta Física	1/3	33%	"Guía del evaluador de Hospitales Seguros" Formulario para la evaluación de hospitales seguros	Se Busco, reviso y compilo la información de las acciones de intervención realizadas hasta 2018 en la ESE HUS. Se diligenciaron los Formularios Lista de verificación para hospitales seguros en la ESE HUS	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	Actividad con programación para dar inicio en el mes de octubre de 2018
				2. Buscar, revisar y compilar la información de las acciones de intervención realizadas a 2018 para realizar la autoevaluación	1-jun-18	28-sep-18	Actividad con programación para dar inicio en el mes de junio de 2018	Profesional Universitario o Planta Física	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	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	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	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	
				3. Realizar la autoevaluación.	1-oct-18	19-oct-18	Actividad con programación para dar inicio en el mes de octubre de 2018	Profesional Universitario o Planta Física	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	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	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	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	
				4. Elaborar informe en medio físico y magnético.	22-oct-18	31-oct-18	Actividad con programación para dar inicio en el mes de octubre de 2018	Profesional Universitario o Planta Física	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	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	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	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	Actividad con programación para dar inicio en el mes de octubre de 2018
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	1-nov-18	16-nov-18	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Gerencia- Profesional Especializado Gestión del Riesgo de Desastres- Profesional Universitario Planta Física	NA	NA	NA	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Profesional Especializado Gestión del Riesgo de Desastres- Profesional Universitario Planta Física	NA	NA	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	
				2. Presentar a gerencia el plan de acción.	19-nov-18	23-nov-18	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Profesional Universitario o Planta Física	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	
				3. Priorizar las actividades a ejecutar.	26-nov-18	30-nov-18	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Profesional Universitario o Planta Física	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de noviembre de 2018	
				4. Asignación de recursos para ejecutar actividades prioritizadas	1-dic-18	31-dic-18	Actividad con programación para dar inicio en el mes de diciembre de 2018	Profesional Universitario o Planta Física	Actividad con programación para dar inicio en el mes de diciembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de diciembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de diciembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de diciembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de diciembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de diciembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de diciembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de diciembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de diciembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de diciembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de diciembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de diciembre de 2018	Actividad con programación para dar inicio en el mes de diciembre de 2018

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



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	Primer Trimestre 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

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	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
					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 implementadas de	Detectar y reportar las operaciones que se pretenden realizar o se hayan realizado, para intentar dar apariencia	Febrero	Diciembre	Mediante Acuerdo de Junta Directiva No.038 del 13 de	Subgerencia	100%	40%	Certificaciones expedidas por la	Presentación informe trimestral	Se envió reporte de abril, mayo y junio 30 de 2018 a Control Interno de la ESE HUS, UIAF.	Subgerencia Administrativa y	100%	53%	Certificaciones expedidas por la	Presentación informe trimestral, la carpeta con consultas reposa en la Subgerencia	Se envió reporte de Julio, agosto y septiembre de 2018 a Control Interno de la ESE HUS, UIAF.
PD	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.	Incrementar en un 2% los ingresos por venta de servicios de alta complejidad	Valor total facturación de servicios de alta complejidad / Valor total facturación	Verificar que el contrato cumpla con los requisitos legales establecidos, esté previamente parametrizado en el Sistema de Información y socializado con el Proceso de Facturación o en caso contrario seguir los lineamientos establecidos normativamente 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 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	Mediante cuadro comparativo 2018 VS 2017, enviado por Facturación, se evidencia que la participación de Alto Costo frente al total facturado de febrero a julio corresponde el 25,25%. Según certificación de facturación, la facturación de Los informes de facturación se presentan mensualmente a contabilidad	anciero Prof	100%	100%	Conciliar mensualmente la facturación pendiente por radicar	Presentación Informes	Verificar facturas diariamente, elaborar informes mensuales, reportar a cartera, radicar facturas en ARP de acuerdo con los tiempos de la norma	Financiero Profesor	100%	100%	Certificaciones de costos, incremento en un 24.84% la facturación UCI adultos de febrero a julio de 2018 Certificación expedida por facturación	Verificar facturas diariamente, elaborar informes mensuales, reportar a cartera, radicar facturas en ARP de acuerdo con los tiempos de la norma	
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	Subgerente Administrativa y Financiera - Tesorera	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 Estado del nivel Territorial 2018.	Certificación del Ministerio donde clasifica a la ESE HUS sin riesgo
	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 ímple mención para mejorar los ingresos y reducir costos en la prestación de servicios.	Enero	Diciembre	Se hizo el proyecto de acuerdo sobre tarifas de la ESE HUS, aprobado mediante Acuerdo de Junta Directiva 03 de Febrero 14 de 2018. 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%	Se adjunta Acuerdo 03 de 2018 y Resolución 159 de 2018	Cuando se realicen nuevas Resoluciones que se incorporen a la principal, se registrará el número de Resolución realizada (Cantidad mes).	Se adjunta Resolución N° 269 del 05 de Junio de 2018 por la cual se crean Códigos y Tarifas Institucionales para procedimientos de Oftalmología. Se hicieron 8 socializaciones de las tarifas institucionales a las diferentes Áreas. Se hicieron en el trimestre revisiones aleatorias de los códigos y Tarifas Institucionales, tanto para procedimientos como para medicamentos, así como también validación de CUPS.	Gerencia Subgerencia Administrativa y Financiera profesional universitario Costos	100%	100%	Se adjunta Resolución 269 del 05 de Junio de 2018. Se adjunta citación, registro de asistencia e informe presentado a la Gerencia. Se anexa Revisión Tarifa Institucional de Angiografía vs Contrato. - Comparativo de códigos CUPS Tarifas Institucionales. - Reporte mensual de inconsistencias Facturación.	Revisión de la aplicación de las tarifas institucionales en facturación (Informes de falencias mensuales). Apoyo en la revisión de las tarifas institucionales de los contratos. (Asmet Salud).	
				Realizar 10 estudios de costos para proyectar nueva prestación de servicios, según solicitud requerida	Enero	Diciembre	Se realizaron 3 estudios de costos solicitados para los siguientes servicios: Unidad Neonatal, prótesis y Ortesis, Hemodialisis	Gerencia Subgerencia Administrativa y Financiera profesional universitario Costos	30%	30%	Oficios remitidos	Soportes estudios de costos	Se realizaron 7 estudios de costos solicitados para los siguientes procedimientos o proyectos: Angiografía, resonancia, cobro manejo integral material de Osteosíntesis por grupo Quirúrgico, Informe Laboratorio y Hematología, Oncología Pediatría, Oftalmología inyección intravítrea de sustancia terapéutica e Indotomía	Gerencia Subgerencia Administrativa Subgerentes, asesores	70%	70%	Oficios remitidos	Se realizaron los siguientes estudios: Fichas de costos unitarios cirugías de tórax, actualización fichas de costos de la scrogias de laparoscopia. Presentación a Comité de Gerencia de las fichas de laparoscopia para definición de tarifas. Estudio para la actualización de las bases de distribución o inductores de los costos indirectos, de las áreas asistenciales, logísticas y administrativas.	
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/T total de venta de servicios		Enero	Diciembre		Gerencia Subgerencia Administrativa y Financiera profesional universitario Costos						Gerencia Subgerencia Administrativa y Financiera profesional universitario Facturación					
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%	Gerencia Subgerencia Administrativa y Financiera profesional universitario Costos	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% 17743302449/70984196162	Profesional Universitario Presupuesto	100%	40%	Ejecución presupuestal	Ejecución presupuestal de ingresos y gastos a junio 30 de 2018	Realizar seguimiento a la ejecución presupuestal de los contratos de los procesos Asistenciales y Administrativos
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 actos de inicio para la contratación de los procesos de cartera	Febrero	Diciembre	Se realizaron las conciliaciones respectivas mensualmente de acuerdo a las actividades	Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Universitario o de Cartera y contabilidad	Numero de actas /12 meses	25,00%	ACTAS DE CONCILIACION	Se adjuntan actas	Mensualmente se realiza el informe de interventoría y seguimiento al contrato de cartera se realiza mensualmente el estado de recaudo	Profesional Universitario de Cartera y contabilidad	Numero de actas /12 meses	50,00%	ACTAS DE CONCILIACION	Se adjuntan actas	Se realizaron las conciliaciones respectivas mensualmente de acuerdo a las actividades planeadas
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 las conciliaciones respectivas mensualmente de acuerdo a las actividades	Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Universitario o de Cartera y contabilidad	Radicado en la vigencia= 42.638.503.221 Valor consiguando aplicado=18.682.548.668 Indicador= 50%	20,75%	Tabla de Radicados vs Recaudos	Pendiente por aplicar 2.814.580.859	Profesional Universitario de Cartera y contabilidad	Valor consiguando aplicado=17.954.746.866 / Radicado en la vigencia= (84.956.997.972*60%) Indicador= 50%	58,70%	Tabla de Radicados vs Recaudos	Pendiente por Aplicar \$ 2.770.521.493	Mensualmente se realiza el informe de interventoría y seguimiento al contrato de cartera se realiza mensualmente el estado de recaudo	
PD	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.				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 o 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	Cabe resaltar que en Entidades liquidadas y Secretaría de salud Santander son \$ 64.557.348.891,6 de cartera a lo cual no se realiza conciliación debidos a que se maneja bajo otros procesos.	Se realizaron conciliación con la ERP que presentan cartera con la ESE HUS, conciliando \$132.298.925.147,66 en el tercer trimestre del 2018

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



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	I TRIMESTRE

MACROPROCESO	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA
PROCESO RESPONSABLE	EQUIPO BIOMÉDICO 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	SEGUIMIENTO No. 1						SEGUIMIENTO No. 2								
					CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
					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	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% 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%	Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado de Unidad	83%	25%	FORMATO MAESTRO EQUIPO BIOMEDICO Y EQUIPO INDUSTRIAL	BIOMEDICOS: 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% INDUSTRIAL En el mes de Abril se programaron 200 mantenimientos de los cuales se ejecutaron 193 para un cumplimiento del 96.5% en el mes de Mayo se programaron 263 mantenimientos de los cuales se ejecutaron 256 para un cumplimiento de 97.3% en el mes de Junio se programaron 238 mantenimientos de los cuales se ejecutaron 238 para un cumplimiento del 100%	Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	92%	50%	FORMATO MAESTRO EQUIPO BIOMEDICO Y EQUIPO INDUSTRIAL	BIOMEDICO: En el mes de Julio se programaron 350 mantenimientos de los cuales se ejecutaron 321 para un cumplimiento del 91.71% en el mes de Agosto se programaron 208 mantenimientos de los cuales se ejecutaron 201 para un cumplimiento de 96.63% en el mes de Septiembre se programaron 417 mantenimientos de los cuales se ejecutaron 357 para un cumplimiento del 86% INDUSTRIAL En el mes de Julio se programaron 238 mantenimientos de los cuales se ejecutaron para un cumplimiento del 96.5% en el mes de Agosto se programaron 238 mantenimientos de los cuales se ejecutaron 0 para un cumplimiento de 0% en el mes de Septiembre , se programaron 244 mantenimientos de los cuales se ejecutaron 244 para un cumplimiento del 100%	
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 mitigarlos	ene-18	dic-18	En el mes de enero no se presentaron eventos adversos asociados a equipos biomédicos, de los 18 reportes presentados. En el mes de febrero se presentaron 4 eventos adversos asociados a equipos biomédicos, de los 54 casos reportados, para un % del 7.4% en el mes de marzo no se presentaron eventos adversos asociados a equipos biomédicos, de los 15 reportes presentados.	Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado de Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	5%	25%	INFORMES MENSUALES DEL INDICADOR	EL OBJETIVO DEL INDICADOR DEBE SER INVERSAMENTE PROPORCIONAL A LA CANTIDAD DE REPORTES	Subgerente Administrativo y Financiero Profesional 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	En el mes de JULIO se presentaron 0 eventos adversos asociados a equipos biomédicos, de los 15 reportes presentados. En el mes de AGOSTO NO se presentaron eventos adversos asociados a equipos biomédicos, de los 42 casos reportados. en el mes de SEPTIEMBRE NO se presentaron eventos adversos asociados a equipos biomédicos, de los 21 reportes presentados.
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 normatividad 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 Profesional Especializado de Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	100%	25%	SEGUIMIENTO CALIBRACIONES	EL NUMERO DE EQUIPOS AUMENTO AL INCLUIRSE NUEVOS EQUIPOS EN EL INVENTARIO, VARIANDO LA PROGRAMACION DEL TRIMESTRE ANTERIOR.	Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	100%	50%	SEGUIMIENTO CALIBRACIONES	NA	NA
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 USUO; 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 78 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 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	Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado de Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	72%	25%	INFORMES MENSUALES DE SEGUIMIENTO AL MTO CORRECTIVO EQUIPO BIOMEDICO Y EQUIPO INDUSTRIAL	BIOMEDICOS: PARA EL MES DE ABRIL SE RECIBIERON 100 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES 87 SOLICITUDES ATENDIDAS, CORRESPONDIENTE AL 87% DE LAS SOLICITUDES; MAYOR CAUSA DE FALLA: COMPONENTE MECANICO; SERVICIO QUE MAS REPORTO: UCI ADULTOS Y URGENCIAS; EQUIPO CON MAYOR REPORTE: BOMBAS DE INFUSION MARCA HOSPIRA. PARA EL MES DE MAYO SE RECIBIERON 104 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES 62 SOLICITUDES ATENDIDAS, CORRESPONDIENTE AL 60% DE LAS SOLICITUDES; MAYOR CAUSA DE FALLA: ERROR DE USO; SERVICIO QUE MAS REPORTO: URGENCIAS ADULTO; EQUIPO CON MAYOR REPORTE: BOMBAS DE INFUSION MARCA HOSPIRA. PARA EL MES DE JUNIO SE RECIBIERON 88 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES 66 SOLICITUDES ATENDIDAS, CORRESPONDIENTE AL 75% DE LAS SOLICITUDES; MAYOR CAUSA DE FALLA: CAPACIDAD DE USUO Y COMPONENTE MECANICO; SERVICIO QUE MAS REPORTO: CIRUGIA GENERAL; EQUIPO CON MAYOR REPORTE: BOMBAS DE INFUSION MARCA HOSPIRA. RECIBIERON 42 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES SE SOLUCIONARON 33 SOLICITUDES, CORRESPONDIENTES AL EL 78.5% DE LAS SOLICITUDES; CON EL SIGUIENTE ANALISIS: EQUIPO QUE MAS SE DAÑA SON LOS AIRES ACONDICIONADOS CON 28 SOLICITUDES; EL SERVICIO QUE MAS REPORTO FUE CIRUGIA GENERAL; LA MAYOR CAUSA DE FALLA ES, DAÑO ELECTRICO. PARA EL MES DE MAYO SE RECIBIERON 54 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES SE SOLUCIONARON 54 SOLICITUDES, CORRESPONDIENTES AL EL 100% DE LAS SOLICITUDES; CON EL SIGUIENTE ANALISIS: EQUIPO QUE MAS SE DAÑA SON LOS AIRES ACONDICIONADOS CON 40 SOLICITUDES; EL SERVICIO QUE MAS REPORTO FUE ONCOLOGIA; LA MAYOR CAUSA DE FALLA ES, DAÑO ELECTRICO. PARA EL MES DE JUNIO SE RECIBIERON 33 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES SE SOLUCIONARON 33 SOLICITUDES, CORRESPONDIENTES AL EL 100% DE LAS SOLICITUDES; CON EL SIGUIENTE ANALISIS: EQUIPO QUE MAS SE DAÑA SON LOS AIRES ACONDICIONADOS CON 31 SOLICITUDES; EL SERVICIO QUE MAS REPORTO FUE	Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	67%	50%	INFORMES MENSUALES DE SEGUIMIENTO AL MTO CORRECTIVO EQUIPO BIOMEDICO Y EQUIPO INDUSTRIAL	RECIBIERON 94 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES 86 SOLICITUDES ATENDIDAS, CORRESPONDIENTE AL 70.21% DE LAS SOLICITUDES; MAYOR CAUSA DE FALLA: COMPONENTE MECANICO; SERVICIO QUE MAS REPORTO: QUIROFANOS UCI ADULTOS Y URGENCIAS; EQUIPO CON MAYOR REPORTE: BOMBAS DE INFUSION MARCA HOSPIRA. PARA EL MES DE AGOSTO SE RECIBIERON 59 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES 39 SOLICITUDES ATENDIDAS, CORRESPONDIENTE AL 66.1% DE LAS SOLICITUDES; MAYOR CAUSA DE FALLA: COMPONENTE MECANICO; SERVICIO QUE MAS REPORTO: CIRUGIA GENERAL; URGENCIAS ADULTO; LABORATORIO CLINICO; EQUIPO CON MAYOR REPORTE: BOMBAS DE INFUSION MARCA HOSPIRA. PARA EL MES DE SEPTIEMBRE SE RECIBIERON 79 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES 73 SOLICITUDES ATENDIDAS, CORRESPONDIENTE AL 92.4% DE LAS SOLICITUDES; MAYOR CAUSA DE FALLA: CAPACIDAD DE USUO Y COMPONENTE ELECTRICO; SERVICIO QUE MAS REPORTO: URGENCIA ADULTO; UCI ADULTO; MEDICINA INTERNA MUJERES; EQUIPO CON MAYOR REPORTE: BOMBAS DE INFUSION MARCA HOSPIRA. RECIBIERON 44 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES SE SOLUCIONARON 43 SOLICITUDES, CORRESPONDIENTES AL EL 97.72% 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 LABORATORIO CLINICO; LA MAYOR CAUSA DE FALLA ES, DAÑO ELECTRICO. PARA EL MES DE AGOSTO SE RECIBIERON 66 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES SE SOLUCIONARON 60 SOLICITUDES, CORRESPONDIENTES AL EL 90.9% DE LAS SOLICITUDES; CON EL SIGUIENTE ANALISIS: EQUIPO QUE MAS SE DAÑA SON LOS AIRES ACONDICIONADOS CON 59 SOLICITUDES; EL SERVICIO QUE MAS REPORTO FUE LABORATORIO CLINICO; LA MAYOR CAUSA DE FALLA ES, DAÑO ELECTRICO. PARA EL MES DE SEPTIEMBRE SE RECIBIERON 81 SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE LAS CUALES SE SOLUCIONARON 51 SOLICITUDES, CORRESPONDIENTES AL EL 62.96% DE LAS SOLICITUDES; CON EL SIGUIENTE ANALISIS: EQUIPO QUE MAS SE DAÑA SON LOS AIRES ACONDICIONADOS CON 30 SOLICITUDES; EL SERVICIO QUE MAS REPORTO FUE	
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Cumplir en un 80% con el plan de	Equipos en correcto	realizar auditoria permanente al funcionamiento de los equipos biomédicos de la ESE HUS con el fin de identificar	ene-18	dic-18	Durante el periodo de Enero a marzo se realizó inspección	Subgerente	85%	25%	RONDAS DE SEGURIDAD I	Hacer seguimiento a los equipos que se encuentra pendientes por adquisición de repuestos para su posterior funcionamiento.	Subgerente Administrativo y	88%	50%	RONDAS DE SEGURIDAD 2	Durante el periodo de ABRIL a JUNIO se realizó inspección rutinaria diaria antes de iniciar	Durante el periodo de JULIO a SEPTIEMBRE

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN
GDI-PI-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 LIDER DEL PROCESO	YOLANDA CEDIEL CASTILLO
CARGO LIDER 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	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	
					FECHA INICIO	FECHA FINAL														FECHA INICIO
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	Áreas que requieren mantenimiento intervenciones/ 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 (reclamos) 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 electricas, carpintería, pintura y otros presentadas por las diferentes dependencias de la institución; participar en las rondas de seguridad del ambiente físico.	Profesional Universitario o Servicios Básicos y el coordinador de enlace de mantenimiento de la planta física	81%	25%	Anexo el reporte de relación 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		Ejecutar las solicitudes de mantenimiento de la infraestructura hospitalaria como son redes hidráulicas, redes electricas, 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 planta física	85%	50%	Anexo el reporte de relación 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	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	Ejecutar las solicitudes de mantenimiento de la infraestructura hospitalaria como son redes hidráulicas, redes electricas, carpintería, pintura y otros presentadas por las diferentes dependencias de la institución; participar en las rondas de seguridad del ambiente físico.	
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Actualizar 130 equipos en la vigencia	Servicios a los que se les realizó toma física de	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)	Almacén e Inventarios	16%	25%	Oficios de inspecciones de activos fijos así:	Ninguna		Almacén e Inventarios	31%	25%	AVANCE A JUNIO 30 DE 2018:	Se está dando cumplimiento a cronograma de inventario de activos fijos para el 2018 en la ESE HUS	Se realizaron inventarios aleatorios de activos fijos en los servicios (por área y responsable) para corroborar la existencia física de los mismos.	
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Realizar nueva autoevaluación de normatividad 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 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 de Gestión del Riesgo de Desastres- Profesional Universitario o Planta Física	1/4-25%	25%	Carpeta Gestion del Riesgo de Desastres		Profesional Especializado Gestion del Riesgo de Desastres- Profesional Universitario Planta Física	1/3	33%	*Guía del evaluador de Hospitales Seguros * Formulario para la evaluación de hospitales seguros				
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 prioritarias	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 noviembre de 2018	Gerencia- Profesional Especializado de Gestión del Riesgo de Desastres-	NA				Profesional Especializado Gestion del Riesgo de Desastres- Profesional Universitario Planta Física	NA	NA					
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional	Elaborar proyecto de gestión ambiental para orientar la obtención de un reconocimiento ambiental	Acciones realizadas para la implementación del Programa de Producción Limpia/Total acciones programas para la implementación del programa de Producción más Limpia, Organizaciones comprometidas con un ambiente sostenible (P+LOCAMS)	Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número I del Programa de producción mas Limpia Organizaciones Comprometidas 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 Gestión Ambiental y Sanitaria. Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número II del Programa de producción mas Limpia Organizaciones Comprometidas 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 Gestión Ambiental y Sanitaria. Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número III del Programa de producción mas Limpia Organizaciones Comprometidas con un ambiente saludable (P+L OCMS): *Diligenciar los formatos denominados diagrama de flujo de los procesos, balance del proceso, analisis de los procesos y matriz de impacto ambiental. *Socializar los formatos mencionados anteriormente en el comité de Gestión Ambiental y Sanitaria. Ejecutar las siguientes actividades que conforman la fase número IV del Programa de producción mas Limpia Organizaciones Comprometidas con un ambiente saludable (P+L OCMS): *Diligenciar los formatos denominados identificación inicial de objetivos, estudio preliminar de las estrategias, estudio técnico y economico y selección de las estrategias factibles. *Socializar los formatos mencionados anteriormente en el comité de Gestión Ambiental y Sanitaria.	feb-18 feb-18 feb-18 ago-18	jun-18 jun-18 jun-18 dic-18	Se realizó el diligenciamiento de los siguientes formatos: *Compromiso de la Gerencia. *Conformación del Comité. *Elaboración de la Matriz DOFA. *Informe preliminar de documentos *Elaboración del normograma de Gestión Ambiental Diligenciar los formatos denominados *Diagrama de flujo de los procesos *Balance del proceso.	Profesional Universitario o UFRFSB - Gestión Ambiental Profesional Universitario o UFRFSB - Gestión Ambiental Profesional Universitario o UFRFSB - Gestión Ambiental	3/3=100% 3/3=100% 2/4=50%	40% 40% 40%	*Compromiso de la Gerencia. *Conformación del Comité. *Elaboración de la Matriz DOFA. *Informe preliminar de documentos *Elaboración del normograma de Gestión Ambiental *Diagrama de flujo de los procesos. *Balance del proceso. *Análisis de los procesos *Matriz de impacto ambiental		Profesional Universitario UFRFSB - Gestión Ambiental Profesional Universitario UFRFSB - Gestión Ambiental Profesional Universitario UFRFSB - Gestión Ambiental	3/3=100% 3/3=100% 4/4=100%	100% 100% 100%	Carpeta Fase I *Compromiso de la Gerencia. *Conformación del Comité. *Elaboración de la Matriz DOFA. Carpeta Fase II *Informe preliminar de documentos *Elaboración del normograma de Gestión Ambiental Carpeta Fase III Diagrama de flujo de los procesos. *Balance del proceso. *Análisis de los procesos *Matriz de impacto ambiental				
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	(100 - (Total consumo agua año actual/ total consumo agua año anterior) x 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 Básicos	N/A	N/A	N/A		N/A	Tecnico de Servicios Básicos	N/A	N/A	N/A		Se realiza seguimiento a los servicios publicos	
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	(100 - (Total consumo energía año actual/ total consumo energía año anterior) x 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 Básicos	N/A	N/A	N/A		N/A	Tecnico de Servicios Básicos	N/A	N/A	N/A		Se realiza seguimiento a los servicios publicos	

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	REHABILITACIÓN
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	ANA GINEYDA ANGARITA
CARGO LIDER DEL PROCESO	COORDINADORA REHABILITACIÓN

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	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
					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 manifestaran estar satisfechos con el servicio de)	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 reviso 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.	Se consolidaron los resultados obtenidos en las Encuestas de Satisfacción aplicadas en los meses de Junio, Julio, Agosto y Septiembre

PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar Autoevaluación de Habilitación	(# de hallazgos del Servicio de Rehabilitación subanidados / total de hallazgos reportados del Servicio de Rehabilitación) x	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 MARTÍNEZ	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 planeada e iniciada	1). Se trasladaron 5 hallazgos a la Subgerencia Médica, por no pertenecer al Servicio de Rehabilitación. 2). 9 de los 21 hallazgos restantes ya se encuentran cerrados	ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	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	Se traslado el Area de Esterilización a un espacio exclusivo
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 MARTÍNEZ	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 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 Política, normograma y la adopción del Paquete Instruccional de Autocuidado. 2. Socialización Productos Rehabilitación	ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	55.6%	27.8%	1). Planillas de asistencia a la construcción de Políticas, Normogramas, caracterización y Referenciación Paquete Instruccional Autocuidado. 2)Presentaciones Socializaciones Productos Rehabilitación	Para el 2018 se tienen programadas 9 capacitaciones, de las cuales se ha asistido a 5 capacitaciones	Se asistió a las reuniones programadas por Acreditación en los meses de Julio, Agosto y Septiembre relacionadas con la Formulación de Indicadores, la identificación de Riesgos, La Adopción de Guías Prácticas Clínicas, Ejes de Seguridad de Pacientes y Flujo de información
					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.	ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	0%	0%	A la fecha no se ha realizado la Autoevaluación de Acreditación	NA	N/A	ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	0.0%	0.0%	A la fecha no se ha realizado la Autoevaluación de Acreditación	NA	N/A
PD	Implementación de los paquetes instruccionales priorizados para el área de Rehabilitación	Capacitar al personal en los paquetes instruccionales	Medir adherencia a los paquetes instruccionales	Realizar evaluación de la adherencia a los paquetes instruccionales	1/03/2018	30/07/2018	Se realizó revisión de paquetes instruccionales	ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	0%	0%	Se realizó lectura y adopción del paquete instruccional de Educar al paciente en el Autocuidado de su Seguridad	ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	100%	97%	Presentación y Evaluación del Paquete a los Colaboradores del Servicio de Rehabilitación (Google Formulario).	100%	Pendiente la presentación de la evaluación por parte de 3 colaboradores para lograr la cobertura del 100%	Se realizó lectura y adopción del paquete instruccional de Educar al paciente en el Autocuidado de su Seguridad	
					1/03/2018	30/11/2018	1. Capacitación al personal de rehabilitación en paquetes instruccionales 2. Evaluar adherencia a la implementación	ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	0%										93%
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	Capacitación al personal del servicio sobre el trato humanizado.	1/03/2018	31/10/2018	1. Se solicitó al personal de rehabilitación, los certificados de realización de Curso de Humanización, o Certificación	ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	21%	21%	10 Certificados de la realización del curso de humanización	Se anexa archivo de certificaciones	Se solicitó al personal de rehabilitación, los certificados de realización de Curso de Humanización, o Certificación de inscripción	ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	45%	45%	21 Certificados de la realización del curso de Humanización	Se anexa archivo de certificaciones	Seguimiento al personal pendiente por Curso de Humanización, o Certificación de inscripción

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

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	METÁ DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	SEGUIMIENTO No. 2						
					FECHA INICIO	FECHA FINAL							ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
					FECHA INICIO	FECHA FINAL							ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
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	(Numero de Asistentes a la capacitación de Humanización/ Numero total de Asistentes a la capacitación de Seguridad del Paciente/ Numero	Capacitación del personal del servicio farmacológico en: 1- deberes y derecho de los pacientes.	1/03/2018	31/12/2018	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	0	0.00%	0.00%	Comunicación radicado 502-GTFS-0122-2018	Se iniciara en abril	De los 41 funcionarios que apoyan el Servicio Farmacológico, 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	El 100% (41 colaboradores) del Servicio Farmacológico realizaron el Proceso de Inducción al HUS
				2) Humanización de la atención al momento de dispensar medicamentos y dispositivos médicos	1/03/2018	31/12/2018	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	0	0.00%	Se iniciara en abril	De los 41 funcionarios que apoyan el Servicio Farmacológico, 18 cuentan con certificación en Humanización	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	43.90%	43.90%	18 certificados de realización del curso de Humanización	Se remito a la SSAAT listado de colaboradores pendientes de realizar el curso de humanización, pendiente se logre conectar la realización del curso	De los 41 funcionarios que apoyan el Servicio Farmacológico, 18 cuentan con certificación en Humanización, los demás colaboradores se encuentran realizando el Curso a través de la UIS		
				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	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	0	0.00%	Se iniciara en abril	De los 41 funcionarios que apoyan el Servicio Farmacológico, 38 han realizado la inducción al HUS, específicamente en Seguridad del Paciente (Capacitación Virtual Oficina Seguridad del Paciente)	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	92.68%	92.68%	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	El 100% (41 colaboradores) del Servicio Farmacológico realizaron el Proceso de Inducción al HUS		
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 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 construcción 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	Se asistió a las reuniones programadas por Acreditación en los meses de Julio, Agosto y Septiembre relacionadas con la Formulación de Indicadores, la identificación de Riesgos, La Adopción de Guías Prácticas Clínicas, Ejes de Seguridad de Pacientes y Flujo de información
					1/02/2018	31/12/2018	N/A	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	0.00%	0.00%	N/A	ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	0.00%	0.00%	N/A	N/A	N/A	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)	(Numero de Capacitaciones de farmacovigilancia realizadas/ total de capacitaciones de farmacovigilancia Programadas) X 100	Verificación del cumplimiento del cronograma de farmacovigilancia para los diferentes servicios de la ESE HUS	1/03/2018	31/12/2018	1. Se realiza un cronograma de capacitaciones sobre Farmacovigilancia para el Primer Semestre 2018.	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	Se realizó la Socialización y evaluación del programa de Farmacovigilancia con la participación de 400 colaboradores de los cuales 387 aprobaron con un porcentaje del 96.75% de adherencia.
					1/03/2018	31/12/2018	Se participo en las Rondas de Seguridad del Paciente de: CX General, Farmacia, Lactario, Medicina Interna, Hematología, Quírofanos, Servicio de Alimentos, Uci Adultos, Uci pediátrica, Urgencias Adultos, Medicina Interna piso 7, Hemocentro, Rehabilitación y Especialidades Quirúrgicas	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	32.35%	Se han realizado 11 rondas de seguridad de paciente de las 34 rondas en las que participa el Servicio Farmacológico	Soporte de rondas de Seguridad del Paciente realizadas en el primer trimestre del 2018.	MANUEL DE JESUS JIMENEZ	47.06%	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 Farmacológico	Se participo en las Rondas de Seguridad del Paciente de: ginecología, Sala de Partos, Unidad de Quemados, Pediatría, Oncología e imagenología.		

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



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	TERCER 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	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
					FECHA INICIO	FECHA FINAL													
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Realizar una capacitación sobre procesos de atención humanizada	(Capacitaciones realizadas de atención humanizada/Total capacitaciones)	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 partícipes 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 partícipes que apoyan la labor en el Servicio, 8 ya cuentan con la Certificación de Aprobación del Curso de Humanización	La colaboradora partícipe Sandra Rondón, que apoya la labor de Consulta Externa se inscribió en el Curso de Humanización que esta realizando en HUS en alianza con las UIS. El cual termina en el mes de noviembre
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 está 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, 1 ya se subsana. (Tapa baños Consulta Externa)	1 El 100% de los colaboradores del Servicio de Consulta Externa ya realizaron el curso de Atención a Víctimas Violencia Sexual. 2 Se definió utilidad sala de Proc Menores. 3 Se definió utilidad sala de Proc Menores	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	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 definir utilidad Sala Proc Menores)	Se realizó la Adopción de la Guía de Hipertensión Arterial, la misma se Socializó en el Servicio de Consulta Externa
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 asistió / Total de capacitaciones programadas) x 100	Hacer seguimiento a las convocatorias de capacitación de Acreditación y asistir a ellas	1/02/2018	31/11/2018	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 Adopción del paquete Instruccional de Autoconciencia 2) Socialización Productos C Externa	JEFE MONICA RODRIGEZ	56%	27.78%	1) Planillas de Asistencia a la construcción de Normogramas, caracterización y Referenciación Paquete Instruccional Autoconciencia 2) Presentaciones Socializaciones Productos Consulta Externa	Para el 2018 se tienen programadas 9 capacitaciones, de las cuales se ha asistido a 5 capacitaciones	Se asistió a las reuniones programadas por Acreditación en los meses de Julio, Agosto y Septiembre relacionadas con la Formulación de Indicadores, la identificación de Riesgos, La Adopción de Guías Prácticas Clínicas, Ejes de Seguridad de Pacientes y Flujo de información
					1/02/2018	31/11/2018	N/A	JEFE MONICA RODRIGEZ	0.00%	N/A	N/A	JEFE MONICA RODRIGEZ	0%	N/A	N/A	N/A	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)	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 los indicadores de las encuestas de los meses de abril y mayo. (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. Corres 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	Se revisaron los resultados de la encuesta de satisfacción aplicada a Consulta Externa en los meses de Junio, Julio y Agosto. Pendiente entrega de informe consolidado de las encuestas aplicadas en Septiembre

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

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 LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
					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 satisfechos / 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.	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. 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 77% 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.	Se analizaron los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción
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 satisfechos / 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	El porcentaje de avance de la actividad es del 20% ya que se realizó la primera actividad de las 5 (Cinco) pendientes. Hasta el momento no tenemos resultados de los indicadores ya que están en proceso las actividades.	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	0%	40%	1. Correo electrónico para aprobación por parte de SSAA. 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.	Se realiza aplicación de la encuesta de Satisfacción al Persona en Formación Alimentación GAT-NUT-FO-38, se analizaron los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción y se realizaron oportunidades de mejora.
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 Participación en la Autoevaluación	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	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 Octubre.	1. Se asistió a las reuniones programadas por Acreditación para la elaboración de la Caracterización, Política, normograma y la adopción del paquete Instruccional de Mañanación o Desnutrición	Adriana López Pulido	55.6%	27.8%	1) Planillas de Asistencia a la construcción de Políticas, Normogramas, y caracterizaciones 2. Caracterización, Normograma y Referenciación	Para el 2018 se tienen programadas 9 capacitaciones, de las cuales se ha asistido a 5 capacitaciones	Se asistió a las reuniones programadas por Acreditación en los meses de Julio, Agosto y Septiembre relacionadas con la Formulación de Indicadores, la identificación de Riesgos, La Adopción de Guías Prácticas Clínicas, Ejes de Seguridad de Pacientes y Flujo de información
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 mañanación o desnutrición hospitalaria) para detectar, prevenir y	Número de actividades implementadas del paquete instruccional número 15 relacionado con Nutrición Clínica / Total de actividades	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 2. Se realiza socialización del tamizaje nutricional pediátrico - StrongKids-	Adriana López Pulido	33.3%	33.3%	1. Carta Dr. Jung, Subgerente Mujer e Infancia autorizando implementación tamizaje nutricional pediátrico. 2. Listados de Asistencia socialización tamizaje nutricional con Coordinador	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.	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	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.	1. Se realiza implementación de la estrategia de educación nutricional en lactancia materna 2. Se implementa la estrategia de educación nutricional en prevención del sobrepeso y la obesidad.

	reducir el riesgo asociado a la atención en salud	relacionadas con Nutrición Clínica*100		3. Se realiza análisis de las valoraciones nutricionales: tamizaje nutricional, respuestas a interconsultas por nutrición clínica, oportunidad en las	Urgencias Pediátricas, (Dr. Pradilla). 3. Invitación por correo electrónico a	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.				Nutricionistas y 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 Julio a septiembre de 2018.
--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	---

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



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. 3						
					FECHA INICIO	FECHA FINAL	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Realizar una capacitación sobre procesos de atención humanizada	(Capacitaciones realizadas de atención humanizada/Total capacitaciones	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	0%	0%								
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Gestionar la participación de la ESE HUS en proyectos de redes de iniciativa del Cluster de salud	(No. de proyectos de redes de iniciativa cluster de salud en los que se participo en la vigencia/Total proyectos de iniciativa cluster de salud	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	0	50%	Proyecto escaneado enfermedades huérfanas	se encuentra en revision por parte de la oficina de costos	Subgerente de servicios de apoyo Diagnostico	20	30%			
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	((100 -Eventos adversos asociados a (caídas de pacientes, úlceras por presión- por presión- /Total eventos adversos asociados a (caídas de pacientes, úlceras por presión- por presión-) *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 coordina con las Sugerenas que manejan al personal asistencial, para programar las capacitaciones en los meses de mayo y Junio	Subgerente Apoyo Diagnóstico	0%	0%	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre	se programa capacitación para el mes de octubre	Subgerente de servicios de Apoyo Diagnostico	100%	50%			SE ANEXA EVIDENCIA (certificación del area)
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 asociados 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	(Paquetes instruccionales priorizados implementados por servicio / Total paquetes instruccionales priorizados para la ESE) *100	1- Aplicar encuesta de conocimiento de transfusion al personal medico. 2. Programar capacitacion semestral al personal medico y enfermeria sobre transfusion segura. 3. Realizar seguimiento periódico a las transfusiones en la institucion. 4. Realizar reporte, investigación y analisis de incidentes y eventos relacionados con la transfusion 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 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 e Apoyo Diagnostico	10%	0%	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 rporte de incidentes y eventos adversos relacionados con la transfusión y aplicación de hemocomponentes	se programa para el mes de octubre se adjuntan actas de seguimiento se adjuntan seguimientos	Subgerente de servicios de Apoyo Diagnostico	80%	50%	la encuesta ya esta aprobada por la direccion del Hemocentro, en el momento se esta concierdando con los servicios para la aplicación por parte de los medicos	se esta coordinando con la subgerencia de enfermeria para realizar la capitacion el proximo semestre	se anexa acta de comité de transfusiones del mes de julio
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	Realizar capacitacion 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 Diagnostico	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	Subgerente Apoyo Diagnostico	100%	50%			
PD	Mejorar la integralidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud	Verificar que por lo menos el 90% del personal que realiza actividades dentro de los convenios docente asistenciales cuentan con formación de	(Personal docente que cumple con el perfil/Total personal docente)*100	Revisar los hojas de vida verificando si se determina el perfil 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 Diagnostico	0%	0%	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre	se realizara autoevaluacion de todos los estandares de acreditacion en el mes de Junio para la elaboracion de planes de mejora durante el segundo semestre	Subgerente Apoyo Diagnostico	0%	0%			
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	realizar autoevaluacion de habilitacion	(Autoevaluacion de habilitacion realizadas en los servicios/ Total servicios ESE HUS)*100	1. Realizar la verificación de los estandares de habilitacion 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 Diagnostico	0%	0%	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre	se han realizado auditorias en los servicios y se esperan los resultados de las mismas se espera los reportes para aplicar los planes de mejora	Subgerente Apoyo Diagnostico	50%	0%			
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 carigenia validadas / Total de los procesos asistenciales	Validación y puesta en marcha de las pruebas de carigenia en el laboratorio especial de Hematología	01/06/2018	31/12/2018	Se realizó 2 validaciones de las pruebas de carigenia y 20 en proceso de validación	Subgerencia de apoyo Diagnostico	9%	25%	Se anexa certificación de las validación emitidas	en la consecucion del profesional (Genetista) para validacion de resultados	Subgerencia de apoyo Diagnostico	70%				se anexa certificación del servicio
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	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	01/02/2018	31/12/2018	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre	Subgerencia de apoyo Diagnostico	0%	0%	No se evidencia avance de esta actividad en el primer trimestre	revisar nuevamente las asignacion de areas y los diseños existentes	Subgerencia de apoyo Diagnostico	0%				
PD	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	realizar autoevaluacion de acreditacion obteniendo puntaje superior a 2.0	IR2. Postulación para la acreditacion con puntaje superior a 2.0	1. Elaborar, socializar e implementar las acciones de mejora que garanticen resultado mayor igual a 2.0 en la autoevaluacion estandares 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 adelantando acciones relacionadas al grupo	Subgerente Apoyo Diagnostico	0%	25.0%		esta pendiente para realizar autoevaluacion en el mes de noviembre	Subgerente Apoyo Diagnostico	70.0%				

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



PERIODO EVALUADO	PRIMER TRIMESTRE-SEGUNDO TRIMESTRE
MACROPROCESO	MISIONALES
PROCESO RESPONSABLE	SUBGERENCIA MUJER INFANCIA
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	JURG NIEDERBACHER VELASQUEZ
CARGO LIDER DEL PROCESO	SUBGERENCIA MUJER INFANCIA

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	PLAN DE ACCION				SEGUIMIENTO No. PRIMER TRIMESTRE 2018						SEGUIMIENTO No. SEGUNDO TRIMESTRE 2018						
			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 LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
					FECHA INICIO	FECHA FINAL													
#REF!	Mejorar la integralidad y resolutividad en la prestación de los servicios de salud	1. Priorizar un programa de atención integral y desarrollarlo con EMPRESAS RESPONSABLES DE PAGO (ERP)	(Número de programas de atención integral desarrollados con ERP) Total programas de atención integral planeados para implementar con ERP/100	1. Priorizar un programa de atención integral y desarrollarlo con ERP (Ej. Madre carguro.)	01/01/2018	31/12/2018	PROPUESTA POR PARTE DE LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		25%	Propuesta de la UCC para ESE HUS	DEMORAS EN EL PROCESO DE CONTRATACION POR FALTA DE PRESUPUESTO	SOLICITUD A LA OFICINA DE CONTRATACION SALUD HUS LA RED CONTRADA CON LAS ERP (MADRE ANGURO)	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		50%	INFORME POR PARTE DE CONTRATACION SALUD HUS DE ACUERDO COMERCIAL QUE TIENE LA ESE HUS CON LAS ERP		
				1. Implementar paquetes instruccionales priorizados aplicables a la Subgerencia de Mujer e Infancia	01/01/2018	31/12/2018	REUNION 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		25%	ACTA DE REUNION CON LOS LIDRES 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	REALIZACION POLITICA PARA LA IMPLMENTACION Y DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA INTUICIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		60%	INFORME DE AVANCES EN IMPLEMENTACION DE PAQUETES INSTRUCCIONALES LISTADO SE ASISTENCIA DE LAS REUNIONES CON LOS LIDERES DE CADA PAQUETE INSTRUCCIONAL		
				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%		DIFICULTAD PARA REUNIR A TODOS LOS ESPECIALISTAS Y MIEMBROS DE LA SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA AL MISMO TIEMPO PARA SOCIALIZAR LAS GUIAS	REUNION DRA LUZ MARLY SANCHEZ QUIEN DA INDICACIONES PARA ACTUALIZAR GUIAS Y PROTOCOLOS CON COLABORADORES DE LA ESE HUS	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		10%	LISTADO DE ASISTENCIA TALLER DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA DE JUNIO/18 POR INDICACIONES DE ACREDITACION LA GUIAS DEBIERON SER ACTUALIZADAS. SE ESTA LLEVANDO ACABO LA ACTUALIZACION PARA SU SOCIALIZACION		
				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		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		PRESENTACION EN EL COMITÉ DE GERENCIA EL PROYECTO DE UNIDAD NEONATAL ESE HUS	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		100%	EVALUACION ECONOMICA Y FINANCIERA UNIDAD NEONAL		
				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 ATENCIÓN DE CÁNCER INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (ESE HUS)"	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		50%	PROPUESTA ENTREGADA A DESARROLLO INSTITUCIONAL	FALTA ADAPTAR LA PROPUESTA A LA METOLOGÍA MARCO LOGICO PARA SER LLEVADA A COMITÉ DE GERENCIA	TRAMITAR LA PROPUESTA DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN DE CÁNCER INFANTIL DEL ESE HUS PARA CUMPLIMIENTO DE LA LEY 1388 DEL 2010 Y LOS REQUISITOS DE HABILITACION	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		100%	PRESENTACION DE LA PROPUESTA UNIDAD DE ATENCIÓN DE CÁNCER INFANTIL DEL ESE HUS		
				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		50%	OFICIO 4000 SMI 016 2018 DIRIGIDO A SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE ENFERMERIA	FALTA ADAPTAR EL PERFIL PARA SER INCLUIDO EN EL ACTUAL CONTRATO	GESTIONAR CON LA SUBGERENCIA DE ENFERMERIA LA CONTRATACION DEL PERSONAL QUE APOYARÁ LOS PROCESOS DE FACTURACION Y TRIAGE EN GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRIA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		100%	COPIA DE LA MODIFICACION # 03 DEL CONTRATO 191 DASALUD LA CONTRATACION DE ESTA AUXILIAR DE ENFERMERIA SE DA CON EL FIN DE MEJORAR Y AGILIZAR EL PROCESO DE FACTURACION Y TRIAGE EN LOS SERVICIOS DE GINE-OBSTETRICIA Y PEDIATRIA		

PD-6	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Incluir capacitación en agenda de acreditación que cubra por lo menos el 60% de las personas que realizan actividades en la institución	N° de personas que recibieron la capacitación N° de personas planeadas para la capacitación	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 ESPECIALISTA EN LAS ACTIVIDADES DE ACREDITACION	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		5%	LISTADO DE ASISTENCIA POR PARTE DE ACREDITACION	FALTA DE DISPONIBILIDAD DE TIEMPO DEL PERSONAL PERTENECIENTE A LA SUBGERENCIA	PARTICIPACION DE PROFESIONALES Y ESPECIALISTA EN LAS ACTIVIDADES DE ACREDITACION	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		50%	LISTADOS DE ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES DE ACREDITACION POR PUESTOS EN EL PERIODO .		
PD-7	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	SOLICITUD CRONOGRAMA DE INSPECCIONES DE SEGURIDAD DEL AMBIENTE FISICO	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		25%	TE DE EL CRONOGRAMA	SOCIALIZACION POR CORREO ELECTRONICO DEL CRONOGRAMA DE INSPECCIONES CON LAS AREAS DEL SERVICIO	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		50%	CRONOGRAMA DE INSPECCIONES DE SEGURIDAD DEL AMBIENTE FISICO	PERMANENTEMENTE		
				2. Hacer seguimiento al cumplimiento del plan de mantenimiento vigente	01/01/2018	31/12/2018	SOLICITUD DE MANTENIMIENTO POR AREA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		25%	SOPORTE DE MANTENIMIENTO	REVISAR QUE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL PLAN DE MANTENIMIENTO SE LLEVEN A CABO EN LAS FECHAS ESTABLECIDAS.	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		50%	CORREO ELECTRONICO DE MANTENIMIENTO HUS ECOGRAFO EQUIPO ANOGRAFO SOPORTES DE MANTENIMIENTOS	LOS SOPORTES REPOSAN EN LA OFICINA DE MANTENIMIENTO PERMANENTE		

**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
NOMBRES Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	ALVARO GÓMEZ TORRADO
CARGO LIDER DEL PROCESO	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE ALTO COSTO

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	SEGUIMIENTO No. PRIMER TRIMESTRE A 31 DE MARZO DE 2018				SEGUIMIENTO No. SEGUNDO TRIMESTRE A 30 DE JUNIO DE 2018				OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS						
					CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	CRONOGRAMA			ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	
					FECHA INICIO	FECHA FINAL						FECHA INICIO								FECHA FINAL
PD - 1	Mejorar la integralidad y resolutiveidad 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	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. Solicitudes de priorización del grupo de atención alivios al dolor y cuidado paliativo a pacientes oncológicos. 3. Proceso del licenciamiento para Braquiterapia. 4. Seguimiento a	Gerencia-Subgerencia de Servicios de Alto Costo-Subgerencia de Servicios de Alto Costo	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	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. Solicitudes de priorización del grupo de atención alivios 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 cáncer infantil, funcionamiento de las aulas hospitalarias para mantener la escolaridad.	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	Para el desarrollo del programa Integral se ha garantizado: 1. Contar con la Calibración de los equipos de la Unidad. 2. Inicio de las adecuaciones de los espacios en la unidad como el desmonte de la cámara de flujo laminar. 3. Autorización para el empleo de Fuentes Radiactivas por 10 años. 4. Priorización del grupo de atención alivios al dolor y cuidado paliativo a pacientes oncológicos. 5. Atención a la Ley 1388/2010 cáncer infantil, funcionamiento de las aulas hospitalarias para mantener la escolaridad.			
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 indica la fecha a la oficina de calidad para la autoevaluación de habitación 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 secretaría 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 a Servicios de Alto Costo- Oficina de Calidad	$\frac{1.960.583.649}{1.337.852.049} = 46\%$	100%	Correo electrónico de fecha 15 de Diciembre de 2018, asunto: Fecha para la visita grupo de calidad habitación 3 cubículos. Correo electrónico de fecha 22 de diciembre de 2018. Asunto Informe habitación apertura capacidad instalada. PLAN DE MEJORA GMC-CA-FO-48 VERSION 4. GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO, informe Producción enero y febrero de 2018	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	$\frac{3.770.328.318}{5.030.804.477} = 75\%$	100%	Informe de Producción a mayo de 2018	Se pone en funcionamiento los cubículos con las garantías que exige la Resolución 2003 de 2014, desde el mes de febrero de 2018.			
PD- PG - 9	Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.	Vender un 2% de los servicios en la vigencia por la estrategia de redes	Total de venta de servicios mediante mecanismos de RED/Total de venta de servicios	Realizar la venta del servicio de Braquiterapia	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. Solicitudes de priorización del grupo de atención alivios 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 cáncer infantil.	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. Solicitudes de priorización del grupo de atención alivios 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 cáncer infantil, funcionamiento de las aulas hospitalarias para mantener la escolaridad. 6. Seguimiento a fundaciones ubicadas en la ESE HUS que se relacionen con el manejo de pacientes oncológicos. 7. Programa Contigo el cual es una iniciativa destinada a mejorar las condiciones de vida de los pacientes con	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	Para el desarrollo del programa Integral se ha garantizado: 1. Contar con la Calibración de los equipos de la Unidad. 2. Inicio de las adecuaciones de los espacios en la unidad como el desmonte de la cámara de flujo laminar. 3. Autorización para el empleo de Fuentes Radiactivas por 10 años. 4. Priorización del grupo de atención alivios al dolor y cuidado paliativo a pacientes oncológicos. 5. Atención a la Ley 1388/2010 cáncer infantil, funcionamiento de las aulas hospitalarias para mantener la escolaridad. 6. Seguimiento a fundaciones ubicadas en la ESE HUS que se relacionen con el manejo de pacientes oncológicos. 7. Programa Contigo el cual es una iniciativa destinada a mejorar las condiciones de vida de los pacientes con			

PD - 12	Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.	Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje autoevaluación acreditación > o = 3.0	HR2. 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	Se realizan socialización en el servicio de LICUP	Subgerencia de Servicios de Alto Costo -	0	0%	Se están creando las acciones de mejora para su posterior socialización	Subgerencia de Servicios de Alto Costo - Médico Coordinador del Servicio -	0	0%	neoplasias hemato-oncológicas que acuden a la ESTÁNDAR 07: la organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud. implementación: protocolo para reducir riesgos en la atención del paciente crítico. protocolo sistema de reporte de incidente y evento	
PD - 3	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos 80% los	HR3. mejoramiento procesos	Implementar en no menos del 80% los paquetes instruccionales priorizados (Reducir riesgo de atención al	1/02/2018	31/12/2018	Se realiza socialización en el servicio de LICUP	Subgerencia de	0	0%	Acta de Grupo primario de los	Subgerencia de Servicios de Alto Costo -	0	0%	Enfoque: protocolo de adopción y la referenciación: paquete instruccional guía técnica	
PD - 4	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Verificar que por lo menos el 90% del personal que realiza actividades dentro de los convenios docentes asistenciales cuentan con formación de postgrado en docencia o experiencia de mínimo 3 años en actividades docentes.	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	Garantizar la verificación mediante la solicitud de los soportes del cumplimiento de los requisitos de formación académica y pedagógica para los funcionarios que están cobijados en el marco de docencia y servicios.	1/02/2018	31/12/2018		Subgerencia a 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.	Subgerencia servicios de Alto Costo- Unidad funcional docencia e investigación	0	20%	La oficina de Docencia e Investigación informa que se recibió comunicación por parte del decano de la Facultad de Salud UIS, donde manifiesta que se revisaron los costos de una formación post gradual en docencia.	
			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%		
	Mejorar la integralidad y resolutivez 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 ESPECÍFICOS 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 - Médico Coordinador del Servicio - Comités seguridad del paciente	0	0%	Acta de los meses de enero y febrero de 2018	Subgerencia de Servicios de Alto Costo - Médico Coordinador del Servicio - Comités seguridad del paciente	UCIA ENERO= 0 / 11 = 0 UCIP ENERO= 0 / 0 =0 QUEMADOS ENERO= 0 / 1 = 0 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	40%	Acta del Comité de Seguridad del Paciente- Correo electrónico de fecha 03/07/2018 emitido por seguridaddelpaciente@hus.gov.co	Se realizó seguimiento a los eventos adversos presentados en los servicios
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 intervenciones / total de áreas que requieren mantenimiento.	Se solicitará 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 Ufati, allegaron los cronogramas de mantenimiento. La Subgerencia realizó seguimiento y programa reunión 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 electrónico de fecha 21 de marzo de 2018, asunto: Invitación Reunión Acometida Aires Acondicionados UCIA (seguimiento), correo electrónico de fecha 27 de marzo de 2018, asunto: Mantenimiento Preventivo Abril 2018.-Formato Maestro Gestión de la Tecnología GT-FO-01 (ufati)-Cronograma Inspecciones de Seguridad del Ambiente Físico 2018.	Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinadores de las Unidades	0	0%	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 prácticas de manufactura para gases medicinales INVIMA- Fase II	Se dio inicio al proyecto de remodelación de infraestructura en la Unidad de Oncología y Radioterapia, de igual forma se está realizando el proceso de retro de la cámara de flujo laminar. En la Unidad de Quemados se realizaron adecuaciones físicas de pintura en toda la Unidad.
	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Implementar en por lo menos un 80% el programa de identificación del paciente	Efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	1-Colocar las manillas institucionales de identificación según aplique a cada paciente 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	Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinadores de las Unidades	30	30%	Informe Ronda de Seguridad del Paciente UCIA	Se realizaron rondas de seguridad del paciente
	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Elaborar diagnóstico en los servicios priorizados (urgencias, pediatría, oncología y sala partos) sobre privacidad y confort de la infraestructura	Diagnóstico por servicio sobre privacidad y confort de la infraestructura	Realizar diagnóstico cada tres meses a los servicios de Cuidado Intensivo Pediátrico y Adultos, Unidad de Quemados, Unidad de Oncología y Radioterapia, priorizando los equipos biomédicos, la privacidad y el confort de usuarios a fin de contar con área para sala de espera adecuadamente instalada que permita comunicación privada entre el personal y los familiares	1/02/2018	31/12/2018	Se realizarán 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	Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinadores de las Unidades	0	10%	Oficio N° 2230-GTSB-98-2018	En cuanto al confort de la infraestructura de la Unidad de Oncología se dio inicio a las adecuaciones a fin de cumplir con las normas establecidas y se realizaron adecuaciones de pinturas en la Unidad de Quemados. Se solicitaron equipos biomédicos como aplicadores de braquiterapia tipo FLETCHER, Rodillos de transferencia de pacientes, Gramera Bascula electrónico, Insumos para monitoreo Hemodinámico invasivo sistema poco. Se cuenta con las mascarillas total face.
	Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud	Reducir la proporción de quejas por maltrato del total de quejas, dejando su participación en un porcentaje inferior al 5%	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 Versión 3 Proceso Gestión del Talento Humano	Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinadores de las Unidades	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) MARZO = N° de quejas por maltrato (0)= 0 N° total de quejas recibidas (0)	45%	Consolidado de peticiones, quejas y reclamos	

ANO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	01/07/2018 - 30/09/2018

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						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 LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	
					FECHA INICIO	FECHA FINAL														FECHA INICIO
PD1	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Aumentar a por lo menos el 50% el porcentaje de satisfacción del usuario	(No. de Usuarios satisfechos del período/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%				Se capacitaron a 132 colaboradores de la Subgerencia de enfermería en atención al cliente. Se programó capacitación en 15 servicios y se ha realizado en el tercer trimestre a 8 servicios asistenciales.
PD2	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).			Se reportan quejas: 1. Queja N° 450B oficio 3000-SSE-364-2018. 2. Queja N° 553B oficio 3000-SSE-419-2018. Presentadas durante el Tercer trimestre de 2018.
				2. Realizar investigación, seguimiento e implementación de planes de acción para la disminución de los Factores por maltrato a los usuarios por parte de los ejecutores de los procesos de enfermería, auxiliatura de enfermería, Mensajería Asistencial y Traslado 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 PQR del primer trimestre de 2018.	Enfermera asignada a Humanización - Subgerente Servicios de Enfermería, Empresa Contratista	25%	Se anexa la investigación, seguimiento e implementación del plan de mejora para la disminución de PQR.		Se realizó investigación, seguimiento y se implementaron los planes de mejora de los PQR del Segundo trimestre de 2018.			Se realizó investigación, seguimiento y se implementaron los planes de mejora de los PQR del Tercer 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).		
PD3	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		Líder 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.	Líder 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.			Se realizaron las visitas de humanización y se aplicaron encuestas referente a la satisfacción relacionados con el confort, áreas de atención y espera para los acompañantes en los diferentes servicios de la ESE HUS (Urgencias de Pediatría, Urgencias Adultos, Consulta Externa, Oncología, Unidad de Quemados, Urgencias Ginecoobstétricas, Quirófanos y Recuperación, Medicina Interna Mujeres, Medicina Interna Hombres, Cirugía General, UCI Adultos, UCI pediátrica, Unidad Neonatal, Pediatría, Especialidades Quirúrgicas y Ginecoobstetricia). Total: 307 usuarios. Se realizó muestreo epidemiológico con un intervalo de confianza del 99% para un total de 197 usuarios de muestra.
				2. Priorizar las necesidades informadas por los usuarios.	Agosto de 2018	Septiembre de 2018		Líder equipo de Humanización	N.A.						Se realizó tabulación y priorización de las necesidades informadas por los usuarios.	Líder equipo de Humanización y su equipo	N.A.			
PD4	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.		Se realizó capacitación de atención humanizada en los siguientes servicios: Medicina Interna Mujeres, Oncología, Consulta Externa, Especialidades Quirúrgicas, Unidad de Quemados, Medicina Interna Hombres, Referencia y Contrareferencia, Urgencias Adultos, Quirófanos, Cirugía General y Unidad Neonatal (Recién Nacidos). Se realizó capacitación en 11 servicios de los 18 programados para un total de 337 Colaboradores que aplicaron en la actividad. Para el segundo semestre en convenio con la Universidad Industrial de Santander - Facultad de Enfermería se organizó el curso certificado humanización en la atención en salud el cual se encuentran inscritas y realizando el curso 520 Colaboradores.	
PD5	Mejorar la integralidad y resolutividad en la prestación de los servicios de salud	Elaborar diagnóstico en los servicios prioritizados (urgencias, pediatría, oncología y sala partos) sobre privacidad y confort	Servicios a los que se le realizó diagnóstico sobre privacidad y confort de la infraestructura/ Total servicios	1. Realizar el diagnóstico de las necesidades de privacidad y confort de los servicios prioritizados e informar a las áreas responsables de ejecutarlas.	Julio de 2018	Agosto de 2018		Líder equipo de Humanización y su equipo	N.A.	N.A.			Se realizó cronograma de visitas para diagnóstico de Privacidad y Confort en los servicios prioritizados.	Líder equipo de Humanización y su equipo	0%	10%	Se adjunta cronograma.			Se realizaron las visitas de humanización y se aplicaron encuestas referente a las necesidades de privacidad y confort en los servicios de urgencias (Adultos, Pediátricas y Ginecoobstétricas), pediatría y oncología.
				1. Revisar las líneas 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		N.A.				Unidad de Gestión en Seguridad del Paciente y Subgerente Servicios de Enfermería						Tema que se tratará 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 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 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 cizallamiento) (xx folios)					Se realizó socialización y evaluación en el segundo y tercer trimestre del Protocolo cuidado de enfermería para la persona con riesgo de caídas ENF-PT-19 a 660 ejecutores que han desarrollado los procesos en la ESE HUS. Se realizó socialización y evaluación en el tercer trimestre de 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) ENF-GU-04 a 660 ejecutores que han desarrollado los procesos en la ESE HUS.					

PD6	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))	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	61,5%	35%	Se adjuntan actas del comité de protocolos de enfermería del 26/11/2018 y 01/02/2018 del trabajo continuo en la creación y aprobación del protocolo administración segura de medicamentos	Se encuentra en prueba alfa por parte del comité de Educación del cuidado de enfermería el "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"	Se realizó la prueba alfa por parte del Comité de Educación del cuidado de enfermería el "Protocolo Administración segura de medicamentos". Se presentan resultados de prueba alfa en el Comité de Protocolos del Cuidado de Enfermería.	
				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 realizó 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%	Se adjunta informe por				40%	Se adjunta informe de revisión y auditoría de seguimiento y adherencia a 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).		Se realizó en el tercer trimestre la revisión de los insumos requeridos para el cumplimiento Protocolo cuidado de enfermería para la persona con riesgo de caídas.
				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 de 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 auditoría de medición en la vigencia 2018.				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).		En el mes de Septiembre se realizó medición y seguimiento al Protocolo cuidado de enfermería para la persona con riesgo de caídas ENF-PT-19.
				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.					N.A.			
PD7	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	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, Julio, Agosto y Septiembre a 561 Ejecutores.		
				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 Ejecutores de los procesos de Enfermería		N.A.					N.A.			
				3. Implementar en los diferentes servicios de la ESE HUS, el instructivo de identificación del paciente.	Julio de 2018	Diciembre de 2018		Comité de calidad del cuidado de Ejecutores de Enfermería		N.A.					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 Ejecutores de Enfermería		N.A.					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.					N.A.			
PD8	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	N° de autoevaluación de acreditación realizada / N° de	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		Subgerencia Servicios de Enfermería	N.A.	N.A.	La autoevaluación será realizada en el mes de Noviembre de 2018.	Subgerencia Servicios de Enfermería	N.A.	N.A.	La autoevaluación será realizada en el mes de Noviembre de 2018.			
PD9	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 a Servicios de Enfermería - Comité de Educación de Enfermería, Talento Humano y Empresa Contratista.	N.A.	N.A.		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 de la empresa contratista DARSALUD AT, los cuales han aprobado a 30 de septiembre de 2018 un total de 619 Ejecutores para un total de 649,5. La Unidad Funcional de Talento Humano reportó vía correo electrónico el 12 de Octubre 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.			
PD10	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	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 Enero, Febrero y Marzo.	Subgerencia a Servicios de Enfermería	12,5%	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%	50%	Se adjuntan las actas de supervisión de las frecuencias contratadas de los meses de Abril y Mayo.	Se realizaron las actas de interventoría técnica de las frecuencias contratadas de los ejecutores de los procesos de enfermería de los meses de Julio, Agosto y Septiembre.	
				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		10%	Se adjunta informe.				40%	Se adjuntan informes de los meses de Abril y Mayo.		Se realizó informe de la auditoría de verificación de los soportes de administración de medicamentos y dispositivos médicos del mes de Julio.

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



AÑO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	SEGUNDO TRIMESTRE

MACROPROCESO	GESTIÓN DE INTERNACION
PROCESO RESPONSABLE	MEDICINA INTERNA, GESTIÓN DE URGENCIAS
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	RAFAEL CASTILLANOS BENO
CARGO LIDER DEL PROCESO	SUBGERENTE DE SERVICIOS MEDICOS

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	PLAN DE ACCIÓN		SEGUIMIENTO No. 1					SEGUIMIENTO No. 2									
			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 LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
					FECHA INICIO	FECHA FINAL													
PD1	Mejorar la integralidad y resolutividad en la prestación de los servicios de salud	Realizar capacitación sobre procesos de atención humanizada	Número De Capacitaciones realizadas en el año / Total de Personal asistente en atención humanizada / Total personal ejecutor adscrito a la Subgerencia de	*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% 0%	0%	Gestión de Urgencias: Oficio 6020-SM-013-2018 Asunto: Solicitud de revisión de arreglos del 25/01/2018, 6020-SM-014-2018 Asunto: Solicitud de revisión de arreglos del 25/01/2018, 6020-SM-015-2018	Gestión de Urgencias: Monica Andrea Triana Requeros: N/A Hospitalización Medicina Interna El cronograma definido por la Subgerencia, programa esta actividad para el próximo trimestre	Gestión de Urgencias: Por parte de Talento Humano se realizó capacitación y evaluación al personal por medio de la plataforma Moodle presentados en el servicio de Urgencia Esta actividad se encuentra en Desarrollo. Hospitalización Medicina Interna: 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 76 personas capacitadas / 84 personas adscritas a la Subgerencia de Servicios Médicos	100% 91%	Se adjunta el listado de las personas adscritas a la Subgerencia de Servicios Médicos que realizaron y aprobaron la Capacitación de Humanización.	Gestión de Urgencias: 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 bautzo. Hospitalización Medicina Interna: El	Gestión Urgencias: Por parte de Talento Humano se realizó capacitación y evaluación al personal por medio de la plataforma Moodle presentados en el servicio de Urgencia Esta actividad se encuentra en Desarrollo. Hospitalización: Capacitación en humanización mediante la plataforma Aula Virtual de la ESE HUS, dentro de la INDUCCIÓN GENERAL	
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 medicina interna	Número de pacientes del servicio identificados con manilla blanca / Número total de pacientes en el evento adverso en	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	Lady Rodríguez Burbano Comité de calidad	25%	25%	Se anexa auditoria de instructivo de identificación del paciente, la cual se realiza con las planillas del profesional del área. Se adjunta listado de Capacitaciones	Gestión de Urgencias: Monica Andrea Triana Requeros: En base a las incidencias presentadas, todos los pacientes visitados cumplen con el uso de la manilla blanca. Hospitalización Medicina Interna: La información relacionada es soportada por la Oficina de Comité de Calidad de Enfermería. # de item aprobados / # de item evaluados. Monica Andrea Triana Requeros: Solo se dio cumplimiento a la parte de incidentes	En el Servicio de Urgencias se realiza verificación diaria del uso de manilla de identificación, con los respectivos datos legibles. Se realizaron visitas esporádicas en el servicio de medicina interna en las cuales se verifico el uso de manilla de identificación y los datos	Juan Paulo Serrano Comité de calidad	Gestión de Urgencias: Se toma una muestra de los pacientes que se encuentran en el servicio de urgencias Gestión de Urgencias: Se adjunta la información brindada	50% 44%	Gestión de Urgencias: Se anexa auditoria de instructivo de identificación del paciente, la cual se realiza con las	Gestión de Urgencias: 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 bautzo. Hospitalización Medicina Interna: El		
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 Medicina Interna	Capacitaciones de administración de medicamentos, Caídas de pacientes y UPP / Total de capacitaciones planeadas.	*Socialización y capacitación al personal asistencial y al personal que ingresa al servicio. *Reporte mensual de los eventos presentados. *Con apoyo de la Universidad Industrial de Santander medir la adherencia de las guías	28/02/2018	31/01/2019	Lady Rodríguez Burbano Comité de educación	8%	8%	Se adjunta informe de seguimiento a los eventos presentados en el servicio de medicina interna	Por parte del comité de educación se realizó análisis y seguimiento de eventos adversos presentados en el Servicio de Urgencias y el Servicio de Medicina Interna. Hospitalización Medicina Interna: De cada 72 pacientes el 3% presento eventos adversos reportados por caídas De cada 72 pacientes el 1% presento evento adverso reportado por UPP Hospitalización Medicina Interna: De cada 72 pacientes el 3% presento eventos adversos reportados por caídas De cada 72 pacientes el 1% presento evento adverso reportado por UPP	Por parte del comité de educación se realizó análisis y seguimiento de eventos adversos presentados en el servicio de medicina interna. Se realizó el reporte mensual de los eventos presentados Por parte del comité de educación se realizó análisis y seguimiento de eventos adversos presentados en el servicio de medicina interna. Se realizó el reporte mensual de los eventos presentados	Juan Paulo Serrano Comité de educación	Gestión de Urgencias: Las capacitaciones son realizadas por la subgerencia de enfermería. Se toma una muestra del 67% equivalente al total del 100% entre los temas de los cuales el 67% de dos temas hacen referencia al 100% del servicio de urgencias donde se evidencia que solo el 65% aprobó la capacitación y evaluación Se adjunta evidencia de las capacitaciones y evaluaciones realizadas al personal de enfermería del servicio de urgencias en UPP y Caídas Hospitalización	50%	Se adjunta las evidencias de asistencia y evaluación de guías para prevención de Caídas y UPP. Se toman los datos suministrados y se calcula el indicador por el personal de servicio asistencial de urgencias Hospitalización Medicina Interna: Las capacitaciones de las guías y evaluación de las mismas se realiza desde la subgerencia de enfermería.	Por parte del comité de educación se realizó análisis y seguimiento de eventos adversos presentados en el servicio de medicina interna. Se realizó el reporte mensual de los eventos presentados		

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

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	PLAN DE ACCIÓN		SEGUIMIENTO No. 1					SEGUIMIENTO No. 2									
			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 LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
					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	Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Humanización	18% 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. Aún no se cuenta con evidencias	Se ha capacitado sobre el tema de humanización al personal en las jornadas de inducción y reintroducción en la plataforma Moodle 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 falta de humanización en la Subgerencia Quirúrgica.	Se ha capacitado sobre el tema de humanización al personal en las jornadas de inducción y reintroducción en la plataforma Moodle A la fecha no se han realizado actividades institucionales de convivencia	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% 0%	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 segundo trimestre de 2018 no se presentaron quejas relacionadas con la falta de humanización en la Subgerencia Quirúrgica.	Se ha capacitado sobre el tema de humanización al personal en las jornadas de inducción y reintroducción en la plataforma Moodle. Curso de humanización por medio del aula virtual de la ESE HUS para todo el personal. Desde el área de Talento Humano con apoyo de la ARL se han realizado capacitaciones referentes a: Comunicación asertiva, prevención de riesgo psicosocial con enfoque en relaciones interpersonales, resolución de conflictos, manejo de emociones y normas de bioseguridad.	
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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	Porcentaje de satisfacción relacionada con el confort en el acceso, áreas de	Aumentar el número de sillas tanto en los servicios de observación como hospitalización, así como en sitios de Mejorar las condiciones ambientales en los sitios señalados Mejorar la señalización de atención y espera	1/02/2018	31/12/2018	Subgerente de Servicios Quirúrgicos	18% 0%	18%	(No. Pacientes que califican como "bueno" el servicio en cuanto a confort en cirugía general) / Total de pacientes encuestados en Aún no se cuenta con evidencias	Se hizo solicitud de sillas para mejorar las condiciones en los sitios de espera de los Se hizo ronda con el fin de verificar la señalización de atención y espera, sin embargo está pendiente la implementación de esta 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 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	Subgerente de Servicios Quirúrgicos	(No. Pacientes que califican como "bueno" el servicio en cuanto a confort en cirugía general) / Total de pacientes encuestados en	45% 0%	Oficio solicitando sillas para hospitalización Aún no se cuenta con evidencias	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.	Fueron entregadas al servicio de Cirugía General 20 sillas ríax. Los servicios de la Subgerencia Quirúrgica (Quirófanos y Recuperación, Hospitalización Cirugía General y Especialidades Quirúrgicas) cuentan con la señalización correspondiente.	
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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	Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Humanización	18% 0%	18%	Base de datos de personal adscrito a la Subgerencia quirúrgica que ha sido capacitado en humanización Aún no se cuenta con evidencias	Se ha capacitado sobre el tema de humanización al personal en las jornadas de inducción y reintroducción en la plataforma Moodle 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.	Se ha capacitado sobre el tema de humanización al personal en las jornadas de inducción y reintroducción en la plataforma Moodle A la fecha no se han realizado actividades institucionales de convivencia	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% 0%	Base de datos de personal adscrito a la Subgerencia quirúrgica que ha sido capacitado en humanización Aún no se cuenta con evidencias	En la plataforma Moodle el proceso de inducción cuenta con un módulo de humanización, el cual es conocido y evaluado.	Se ha capacitado sobre el tema de humanización al personal en las jornadas de inducción y reintroducción en la plataforma Moodle. Curso de humanización por medio del aula virtual de la ESE HUS para todo el personal. Desde el área de Talento Humano con apoyo de la ARL se han realizado capacitaciones referentes a: Comunicación asertiva, prevención de riesgo psicosocial con enfoque en relaciones interpersonales, resolución de conflictos, manejo de emociones y normas de bioseguridad.	

PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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, UPP 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. 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.	Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Seguridad del Paciente	Tasa de caídas hospitalización: 0,4 UPP hospitalización: 2 Administración de medicamentos: 0	18% 18% 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	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 - Especialidades quirúrgicas: 1 - Cirugía general: 2 UPP - Especialidades quirúrgicas: 2 - Cirugía general: 0 Administración de medicamentos - Especialidades quirúrgicas: 0 - Cirugía general: 0	45% 45% 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 de medicamentos al personal médico de la Institución	Se han realizado socializaciones acerca de los diferentes protocolos referentes a tasa de caídas, úlceras por presión y administración de medicamentos al personal de enfermería de la institución
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 (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 los procedimientos quirúrgicos. El proceso cuenta actualmente con la lista de cirugía segura.	Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Seguridad del Paciente	Implementación paquete instruccional priorizado (Mejorar la seguridad de procedimientos quirúrgicos): 20% (Se tiene implementada la lista de cirugía segura)	18% 0%	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).	Para la subgerencia quirúrgica se priorizó la guía "Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos". Se realizó referenciación funcional y se documentó el protocolo el cual se encuentra en revisión, así como las fichas de indicadores y la presentación en ppt para realizar la respectiva socialización del paquete instruccional en la institución.	Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Seguridad del Paciente	Implementación paquete instruccional priorizado (Mejorar la seguridad de procedimientos quirúrgicos): 45%	45%	Referenciación 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 instruccional	Se está avanzando en la implementación de paquetes instruccionales priorizados (Seguridad en procedimientos quirúrgicos).	Se documentó el protocolo: Mejorar la seguridad en procedimientos quirúrgicos Código: GSQ-GSQ-PT-01, versión 1. Se realizó socialización del protocolo a través de google forms. En conjunto con la UIS, se realizó despliegue de la lista de chequeo de cirugía segura y su respectiva medición en quirófanos.
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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	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	1/02/2018	31/12/2018	Durante el primer trimestre de 2018 no se ha realizado socialización de las guías de práctica clínica	Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Seguridad del Paciente	Porcentaje de adherencia al Instructivo de Identificación del Paciente según lista de chequeo: - Especialidades quirúrgicas 93% - Quirófanos y recuperación 96%	18% 18% 0%	Instructivo Identificación del Paciente Lista de chequeo de adherencia al instructivo	Se está avanzando en la documentación de la guía práctica clínica de dolor abdominal. No se ha comenzado este año la socialización de las guías.	En reuniones de acreditación realizadas el mes de junio, se definió la priorización de una guía de práctica clínica para cada líder de procesos asistenciales, para este caso la guía de práctica clínica para el manejo del dolor abdominal, la cual está en proceso de revisión para su correcta adopción según la guía del Ministerio de Salud. Sin embargo se realizará socialización de las guías actuales, las cuales fueron realizadas por la Institución en el año 2014.	Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Seguridad del Paciente	Presentación de metodología para la adopción de guías de práctica clínica por parte de asesores de Acreditación	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.	Según directrices de los asesores de acreditación, se priorizó la guía de Trauma Craneoencefálico, la cual se trabajó en conjunto con Urgencias. Se realizó referenciación con la guía del ministerio de salud.
PD	Mejorar la integralidad y resolutividad 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 Grupo de Seguridad del Paciente	Porcentaje de adherencia al Instructivo de Identificación del Paciente según lista de chequeo: - Especialidades quirúrgicas 93% - Quirófanos y recuperación 96%	18% 18% 0%	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% 45% 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	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. El personal de la Subgerencia Quirúrgica se encuentra en proceso de socialización del programa de identificación del paciente en la plataforma Moodle.
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	Subgerente de Servicios Quirúrgicos Oficina Asesora de Calidad	Planes de mejora de auditorías de habilitación realizadas entregados/Auditorías de habilitación realizadas*100 = 1/4: 25%	25% 18%	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% 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	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.
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 > o = 3.0	Asistir a las diferentes convocatorias por parte de la Gerencia, Calidad y grupo de Acreditación sobre las actividades programadas para el proceso de Acreditación de la ESE 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 Oficina Asesora de Calidad	Resultado promedio obtenido en el tercer ciclo de autoevaluación de estándares de acreditación en la ESE HUS: 2,34	18% 0%	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% 0%	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	Se han realizado mensualmente reuniones convocadas por parte de Gerencia, calidad y del grupo de Acreditación
PD	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud	Realizar autoevaluación de acreditación obteniendo puntaje superior a 2.0	Participar en la autoevaluación del ciclo de mejoramiento de la vigencia 2018	Participar en la autoevaluación del ciclo de mejoramiento de la vigencia 2018	1/02/2018	31/12/2018	A la fecha no se ha realizado autoevaluación del ciclo de mejoramiento en la vigencia 2018	Oficina Asesora de Calidad	0%	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	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	

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



ANO DE VIGENCIA	2018
PERIODO EVALUADO	Tercer Trimestre 2018

MACROPROCESO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
PROCESO RESPONSABLE	DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE(S) Y APELLIDOS LIDER DEL PROCESO	DAMARY RUEDA SANCHEZ
CARGO LIDER DEL PROCESO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO

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 LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS					
					FECHA INICIO	FECHA FINAL																		
					SEGUIMIENTO No. 1																			
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%	Actividad Terminada								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	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	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	Se aprobó 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. Evidencias de auto cuidado en la carpeta de 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 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.	Se está ejecutando el Plan Institucional de Capacitación 2018. Se apoya curso de Humanización en Aula virtual de Aprendizaje. Se realizaron rondas de Seguridad de Ambiente Físico.					
				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 vistas que se realizan. Se realizan inspecciones por parte de SST	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	27%	Participación en las actividades del equipo 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 vistas 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	Listas de asistencia Formato de logística de la actividad	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.	La Unidad Funcional de Talento Humano hace parte de Equipo de Humanización y participa en las vistas que se realizan. Se realizaron vistas con el equipo de Humanización apoyando aplicación de encuestas a usuarios. Se apoya al equipo de Seguridad del Paciente en la realización del Taller a los Líderes de Seguridad del Paciente Se realizan inspecciones por parte de SST				
				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 vistas que se realizan. Se realizan inspecciones por parte de SST	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	27%	Participación en las actividades del equipo 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 vistas 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	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 Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	La Unidad Funcional de Talento Humano apoya las actividades que se realizan para apropiación de las tres competencias en el personal				
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 de las unidades institucionales	(Número de servidores capacitados / total de 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 de desempeño.	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	100%	Actividad Terminada								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 de Talento Humano. 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	Se encuentra en ejecución el PIC 2018							
PD	Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.	Desarrollar el proceso de Inducción y reinducción a por lo menos al 90% del personal de la institución	(Número de colaboradores que recibieron inducción / número de trabajadores que ingresaron en el periodo)*100%	1. Requerir a los supervisores de los contratos de los cuales se desprenda la realización de actividades a través de ejecutores, que coordinen con talento humano la creación y claves de los usuarios para la realización de la inducción del personal a cargo.	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 se han venido realizando Inducción Presencial y Virtual de acuerdo al procedimiento establecido.	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	Se asignan usuarios y contraseñas conforme las solicitudes recibidas. En reunión con algunas empresas contratistas se recuerda la importancia de coordinar con Talento Humano la gestión de asignación de usuarios y contraseñas
				2. Dar cumplimiento al procedimiento de inducción y reinducción	Enero	Diciembre	Se generó informe de Inducción a corte de marzo 2018 del avance de las personas que han realizado la inducción	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	Se ha venido realizando Inducción y reinducción Virtual de acuerdo al procedimiento establecido.							
				3. Generar informe del avance y resultados.	Enero	Diciembre	Se generó informe de Inducción a corte de marzo 2018 del avance de las personas que han realizado la inducción	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	81%	50%	Informe de Inducción a corte marzo 2018	Se generó 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	Se genera informe de Inducción con corte a septiembre 2018 del avance de las personas en inducción.							
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.	(Número de estrategias de comunicación implementadas/total de estrategias de comunicación implementadas)*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 realizó un borrador preliminar del Plan de comunicaciones para presentar a Acreditación	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	0%	20%	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 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	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	Se realizó actividad de reconocimiento a líderes de seguridad del paciente
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	Se realizó 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.	Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	50%	27%	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	Se realizaron actividades de reconocimiento en acreditación Se realizó actividad de reconocimiento a líderes de seguridad del paciente Se realizó reconocimiento en el día de la enfermera a los servicios
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 Porcentaje de cumplimiento del formalización laboral	1. elaborar plan de formalización laboral de la ESE HUS	Febrero	Diciembre	recambio 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 Copasst 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.	Gerencia	0%	10%	Actas de Mesa de Trabajo	recambio 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. Informe de inspección a puesto de trabajo profesional enfermería y Talento humano Informe de inspección a puesto de trabajo profesional enfermería y Talento humano Registro de asistencia seguimiento a actividades del SG-SST Registro de asistencia ejecución del	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 ejecución del	Recambio de dosímetros mensual al personal ocupacionalmente expuesto. Capacitación en Resolución de Conflictos al Comité de Convivencia Laboral. Verificación del cumplimiento de Estándares de Bioseguridad. Investigación de Accidente Laboral. Realización de proyección de plan de compras 2019. Capacitación en Farmacodependencia. Realización de Inspecciones en Riesgo Biológico. Realización de Pausas Activas. Realización de Medición de Formaldehído en central de esterilización. Solicitud de adecuación de sendero peatonal. Capacitación en Liderazgo y Relaciones Sociales. 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. Ronda técnica de seguridad a los servicios. Solicitud conformación Comité de Seguridad Val.
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 Porcentaje de cumplimiento del formalización laboral	1. elaborar plan de formalización laboral de la ESE HUS	Febrero	Diciembre	se realizó reunion con el ministerio de trabajo seccional santander en donde se manifesto la intencion de realizar el estudio de	Gerencia	0%	10%	Actas de Mesa de Trabajo						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	Plan de reuniones realizadas del grupo de estándar de talento	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 Correo con envíos 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	50%	29%	Carpeta de Evidencias seguimiento PAMEC	Cumplimiento del Plan de Mejoramiento de Acreditación y Participación asistencia a las reuniones de Acreditación

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

CODIGO	OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO	META DEL PERIODO	INDICADOR DE LA META	ACTIVIDADES PLANEADAS	PLAN DE ACCIÓN		RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA	PRIMER SEGUIMIENTO		SEGUNDO SEGUIMIENTO					
					FECHA INICIO	FECHA FINAL						EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
PD	Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	MR2. Implementar acciones de Enfoque Diferencial (niños, niñas y adolescentes, enfoque diferencial en discapacidad, mayores, mujeres, personas en situación de desplazamiento)	Acciones de Enfoque diferencial implementadas / acciones de Enfoque diferencial programadas	1. Crear y diseñar seccion de niños en el portal www.hus.gov.co)	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.	Sugerencia Administrativa UFATI - Sistemas Desarrollo Institucional	50	0%	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	0%	0%	Lista de Asistencia	No Aplica
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	1. Apoyo tecnico requerido para el Seguimiento de Eventos adversos a traves 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 (Sepa), de acuerdo a los requerimientos solicitados por la lider 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.	La aplicación realizada para el registro de eventos adversos ha estado estable. La oficina asesora de Calidad esta parametrizando el modulo de eventos adversos que trae la herramienta ALMERA. Esta será la herramienta utilizada por la ESE HUS.	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

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 GERENCIA L. con el objetivo de conocer los avances de la herramienta invitando.	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	Software actualizado o adquirido	1. 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	Subgerencia Administrativa Sistemas -	0	0	Ninguna	No Aplica	No se realizó ninguna actividad	Subgerencia Administrativa Sistemas -	0	0	No Aplica	No Aplica
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. Adquisición de herramienta que facilite el ejercicio de la gestión documental en la institución.	01-ene-2018	31-dic-2018	Subgerencia Administrativa UFATI	Se radicó proyecto de Gestión Documental en desarrollo institucional para que fuese incorporado en el banco de Proyectos. También se Entrego a la	Subgerencia Administrativa UFATI	25%		Correo de Radicación del proyecto-	Las actividades planeadas por el área ya se hicieron. Falta la revisión y decisión por parte de la Gerencia y Subgerencia Administrativa y Financiera.	La decisión de la adquisición de la herramienta para Gestion Documental es Genencial. Sin Embargo se va a revisar el modulo que trae Almera para saber que nos cubre de Gestion Documental.	Subgerencia Administrativa UFATI	0	0	No Aplica	No Aplica
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	1. Contar con el apoyo profesional idóneo 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 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.	Subgerencia Administrativa UFATI	50	50	No Aplica	No Aplica
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 (150 equipos).	01-ene-2018	31-dic-2018	Sugerencia Administrativa Sistemas	Se envió requerimiento a la subgerencia administrativa y financiera para su	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.	Sugerencia Administrativa Sistemas	0%	0%		No Aplica
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	MP1. Actualizar el hardware institucional	Red Inalámbrica reforzada	1. Reforzar la red inalámbrica de la ESE HUS.	01-ene-2018	31-dic-2018	Sugerencia Administrativa Sistemas	Se realizó requerimiento para la adquisición de equipos para el	Sugerencia Administrativa Sistemas	50	25	Requerimiento Elaborado	Se definen dos actividades: 1. Elaboración Requerimiento 2. Ejecución del contrato respectivo, si la gerencia aprueba los recursos financieros.	Esta pendiente de asignación presupuestal.	Sugerencia Administrativa Sistemas	50%	50%		No Aplica
PD	Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.	MR2. Cumplir con los reportes de información solicitados por los entes de control	Fichas Técnicas de Indicadores elaboradas	Participar en la 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	Calidad Sugerencia Administrativa UFATI Control interno	100	25	Ficha Técnica 2193	Se define una actividad y se cumplió	Se realizó referencación virtual sobre indicadores de Gestión de acuerdo al modelo de MIPG	Sugerencia Administrativa Sistemas	100	50	Se anexa formato de Referencación.	No Aplica

SEGUIMIENTO No.3				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
Gerencia	1-ene-00	1-ene-00	Informe y certificación de la interventoría	No Aplica
		1-ene-00	Informe y certificación de la interventoría	No Aplica
Gerencia	1-ene-00	1-ene-00	Informe por gd Listado de opciones para referenciación	No Aplica
		1-ene-00	Informe de Referenciación y estudio de viabilidad	No Aplica
Gerencia	0-ene-00	1-ene-00	Actas con el ministerio de Trabajo	No Aplica
		0-ene-00	0-ene-00	No Aplica
Gerencia	0-ene-00	1-ene-00	Se evidencia certificación por la Oficina Jurídica de la contratación con la EPS por medio de la modalidad de redes	No Aplica

SEGUIMIENTO No. 3 TRIMESTRE JULIO-SEPTIEMBRE				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
Profesional especializado de apoyo Seguridad del paciente y Enfermera especialista de apoyo Seguridad del paciente	21%	75%	Informe de conocimiento a protocolos de caídas y UPP plataforma moodle. Listados de asistencia a capacitación de líderes. Fotografías de formación de líderes y diplomas. Listados de asistencia capacitación en seguridad del paciente Darsalud y Gestión Integral. Listados de asistencia vigilancia capacitación protocolo de fuga	
Profesional especializado de apoyo Seguridad del paciente y Enfermera especialista de apoyo Seguridad del paciente	86%	75%	Formatos de firmas de asistencia a capacitación de referenciación. Formatos de firmas de asistencia a reunión de indicadores	Algunos de los indicadores requeridos en los paquetes instruccionales ya se están midiendo, corresponden a los mismos que se solicitan en la resolución 0256
Profesional especializado de apoyo Seguridad del paciente y Enfermera especialista de apoyo Seguridad del paciente	93	75%	Informes de rondas de seguridad del paciente (información que reposa en la oficina de seguridad del paciente) listados de asistencia a rondas de seguridad del paciente tercer trimestre	Porcentaje de cumplimiento de lista de chequeo de identificación de usuarios: sala de partos: 90%, Unidad de quemados: 94%, Ginecología 97.5%, pediatría 94,4%, oncología 90%, imagenología 95%

Profesional especializado de apoyo Seguridad del paciente y Enfermera especialista de apoyo Seguridad del paciente	56%	75%	Actas de análisis de IAAS y reingresos. Plataforma de análisis de incidentes y eventos adversos	En el numerador está pendiente incluir las IAAS y los reingresos de todo el trimestre.
Profesional especializado de apoyo Seguridad del paciente y Enfermera especialista de apoyo Seguridad del paciente	87%	75%	formatos de evaluación de los programas tecnovigilancia, hemovigilancia, reactivovigilancia, farmacovigilancia.	Tecnovigilancia 95%, hemovigilancia 100%, farmacovigilancia 70%, reactivovigilancia 100%, IAAS 70% Pendiente informe de farmacovigilancia e infecciones.

SEGUIMIENTO No. 3 (TERCER TRIMESTRE)				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES

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.	
Almacén	50%	25%	AVANCE A SEPTIEMBRE 30 DE 2018:	Se está dando cumplimiento a cronograma de inventario de activos fijos para el 2018 en la ESE HUS.

SEGUIMIENTO No. 3 (TERCER TRIMESTRE)				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
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.	

Gestión Ambiental	1/4=25%	75%	Formato Identificación Inicial de Objetivos	
Técnico de Servicios Básicos	(4806M3/7573M3)*100 36,8%	50%	Recibos de los servicios	
Técnico de Servicios Básicos	(58750KWH/610560 KWH)*100= 3,8%	50%	Recibos de los servicios	

SEGUIMIENTO No. 3				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
Jefe Oficina Desarrollo Institucional	75%	100%	Plan Anticorrupción publicado	No Aplica
Jefe Oficina Desarrollo Institucional		100%	Mapa de Riesgos de Plan	No Aplica
Jefe Oficina Desarrollo Institucional		75%	Reportes de seguimiento y publicación	No Aplica
Jefe Oficina Desarrollo Institucional	66%	100%	Evidencia Actas de Alianza de Usuarios	No Aplica
Jefe Oficina Desarrollo Institucional		100%	Evidencia Actas de Alianza de Usuarios	No Aplica
Jefe Oficina Desarrollo Institucional				No Aplica
Jefe Oficina Desarrollo Institucional	100%	100%	Formatos Rendición de Cuentas	No Aplica
Jefe Oficina Desarrollo Institucional		100%	Formatos Rendición de Cuentas	No Aplica
Jefe Oficina Desarrollo Institucional	100%	100%	Certificación de Participación cluster	No Aplica
Jefe Oficina Desarrollo Institucional	75%	75%	Tramites publicados en el SUIT, pendiente la estrategia de publicación en línea	No Aplica
Jefe Oficina Desarrollo Institucional	75%	75%	Participación actividades de Acreditación	No Aplica
Jefe Oficina Desarrollo Institucional	75%	75%	Plan de Comunicaciones e informe	No Aplica

SEGUIMIENTO No. 3 TRIMESTRE JULIO A SEPTIEMBRE				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
Profesional Especializado Gestion del Riesgo de Desastres- Profesional Universitario Planta Fisica	1/2	50%	informe Lista de verificación de hospitales seguros en la ESE HUS	
Profesional Especializado Gestion del Riesgo de Desastres- Profesional Universitario Planta Fisica	NA	NA		

SEGUIMIENTO No. 3				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
Subgerencia Administrativa y Financiera	100%	100%	Certificaciones expedidas por la UIAF, por tesorería de la ESE HUS y listas de	Presentación informe trimestral, la carpeta con consultas reposa en la Subgerencia
Financiero Profesional	100%	100%	Certificación expedida por facturación	Venta de servicios de salud alto costo 2018 VS 2017 incremento del 17.62%, \$31.869.898.664 VS \$27.095.273.315.
Subgerente Administrativa y Financiera - Tesorera	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 Estado del nivel Territorial 2018.
Gerencia Subgerencia Administrativa y Financiera profesional universitario Costos	100%	100%	Copia de los oficios enviados notificando falencias en el proceso de facturación. Citación, Listados de asistencia y acta de socialización de falencias con el equipo de facturación. Correo enviado al área de contratación con la revisión realizada de tarifas.	
Gerencia Subgerencia Administrativa Subgerentes asesores	100%	100%	Se adjuntan en medio magnético fichas actualizadas, estudio de las bases de distribución, presentación comité de Gerencia.	
Gerencia Subgerencia Administrativa y Financiera profesional universitario Facturación				CERTIFICACION RED
Profesional Universitario Presupuesto	98%	75%	Ejecución Presupuestal a 30 de septiembre de 2018, el total de compromisos sobre el total de obligaciones, es del 74%, (130991405987/176498483457)	Se adjunta la ejecución presupuestal a 30 de septiembre de 2018
Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Universitario de Cartera y contabilidad	Numero de actas /12 meses	75,00%	ACTAS DE CONCILIACION	Se adjuntan actas
	Valor consiguando aplicado=35.977.280, 467 / Radicado en la vigencia= (132.431.914.836'60 %) indicador = 50%	45,30%	Tabla de Radicados vs Recaudado	Pendiente por Aplicar \$5.347.672.665. Se adjunta informe de lo pendientes por aplicar
	Valor consiguando aplicado=35.977.280, 467 / Radicado en la vigencia= (132.431.914.836'60 %) indicador = 50%	45,30%	Tabla de Radicados vs Recaudado Actas de Interventoria	
Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Universitario de Cartera y contabilidad	132.298.147.66 (Cartera conciliada 3er Semestre 2018) (225.296.828.859 X 60%) (Cartera a 30 de SEPTIEMBRE de 2018)	98%	Se adjuntan actas de conciliación con las diferentes ERP	Se adjuntan actas Cabe resaltar que en Entidades liquidadas y Secretarías de salud Santander son \$73.304.092.485 de Cartera a lo cual no se realiza conciliación debido a que se maneja bajo otros procesos.

SEGUIMIENTO No. 3				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES

Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	90%	75%	FORMATO MAESTRO EQUIPO BIOMEDICO Y EQUIPO INDUSTRIAL	EL CRONOGRAMA SE HA VENIDO MODIFICANDO POR LA INCLUSION DE EQUIPOS, Y COMO RESULTADO DE LA REVISION DE LA FRECUENCIA DEL MANTENIMIENTO, ADICIONALMENTE EN EL MES DE AGOSTO NO SE REGISTRO CUMPLIMIENTO PORQUE NO HABIA CONTRATO INDUSTRIAL, Y EN EL MES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE NO HUBO CONTRATO CON LA EMPRESA LM INSTRUMENTS
	67%			
Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	0%	75%	INFORMES MENSUALES DEL INDICADOR	NO HUBO EVENTOS ASOCIADOS A EQUIPOS BIOMEDICOS, EL VALOR DEL INDICADOR ES INVERSAMENTE PROPORCIONAL, ES DECIR EL RESULTADO ES EXCELENTE.
Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	100%	75%	SEGUIMIENTO CALIBRACIONES	NA
Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Especializado Unidad Recursos Físicos y Servicios Básicos Profesional Universitario Mantenimiento	67%	75%	INFORMES MENSUALES DE SEGUIMIENTO AL MTO CORRECTIVO EQUIPO BIOMEDICO Y EQUIPO INDUSTRIAL	
	89%			
Subgerente Administrativo y	94%	75%	RONDAS DE SEGURIDAD 2 TRIMESTRE	RONDAS DE SEGURIDAD 3 TRIMESTRE

SEGUIMIENTO No. 3 (TERCER TRIMESTRE)				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES

Profesional Universitario Servicios Básicos y el coordinador de enlace de mantenimiento de la palanla física	87%	75%	Anexo el reporte de relacion de mantenimiento periodo julio - septiembre de 2018	
Almacén	50%	25%	AVANCE A SEPTIEMBRE 30 DE 2018:	Se está dando cumplimiento a cronograma de inventario de activos fijos para el 2018 en la ESE HUS
				ACTIVIDAD CULMINADA
				ACTIVIDAD CULMINADA
				ACTIVIDAD CULMINADA
Getion Ambiental	1/4+25%	75%	Formato Identificación Inicial de Objetivos	
Tecnico de Servicios Basicos	(4806M3/7573M3)*100 = 36.6%	50%	Recibos de los servicios	
Tecnico de Servicios Basicos	(58750KWH/100590 KWH)*100= 58.6%	50%	Recibos de los servicios	

SEGUIMIENTO No. 3				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	83.2	42.86%	Resultados Encuestas de Satisfacción Junio, Julio y Agosto. El mes de septiembre aún no ha sido notificado por el SIAU	Pendiente la consolidación del mes de septiembre

ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	57.7%	57.7%	Cerrados 10 hallazgos, 11 iniciados y 5 transferido el hallazgo a la subgerencia medica	Evidencia de cierre de actividad 24
ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	88.9%	44.4%	1). Planillas de Asistencia a las actividades de Acreditación de los Julio, Agosto y Septiembre 2) Construcción de Carpetas de Enfoque, Implementación y Resultado	Para el 2018 se tienen programadas 9 capacitaciones, de las cuales se ha asistido a 8 capacitaciones
ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	0.0%		A la fecha no se ha realizado la Autoevaluación de Acreditación	NA
ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	100%	97%	Presentación y Evaluación del Paquete a los Colaboradores del Servicio de Rehabilitación (Google Formulario). Informe de despliegue a los colaboradores.	Pendientes 3 profesionales en para cobertura del 100% de los profesionales capacitados
ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	94%			
ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ	85%	85%	40 Certificados de la realización del curso de Humanización	Se anexa archivo de certificaciones

SEGUIMIENTO No. 3				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
MANUEL DE JESUS JIMENEZ	100.00%	81.30%	Se anexa listado completo con los 41 integrantes del Servicio Farmaceutico que han realizado la evaluación del proceso de Inducción al HUS y los tres certificados pendientes.	Actividad realizada al 100%
MANUEL DE JESUS JIMENEZ	43.90%		N/A	Pendiente terminación del Curso de Humanización para cerrar esta actividad
MANUEL DE JESUS JIMENEZ	100.00%		Se anexa listado completo con los 41 integrantes del Servicio Farmaceutico que han realizado la evaluación del proceso de Inducción al HUS y los tres certificados pendientes.	Actividad realizada al 100%
MANUEL DE JESUS JIMENEZ	88.89%	44.44%	1). Planillas de Asistencia a las actividades de Acreditación de los Julio, Agosto y Septiembre 2) Construcción de Carpetas de Enfoque, Implementación y Resultado	Para el 2018 se tienen programadas 9 capacitaciones, de las cuales se ha asistido a 2 capacitaciones
MANUEL DE JESUS JIMENEZ	0.00%		A la fecha no se ha realizado la Autoevaluación de Acreditación	N/A
MANUEL DE JESUS JIMENEZ	100.00%	82.35%	1- Soporte de Presentación en Aula Virtual Moodle-2- Informa de Evaluación de Adherencias de la Presentación de Farmacovigilancia y del Paquete Instruccional Mejorar el Uso seguro de Medicamentos.	Actividad realizada al 100%
MANUEL DE JESUS JIMENEZ	64.71%		Soporte de rondas de Seguridad del Paciente realizadas en el Tercer trimestre del 2018.	Se han realizado 22 rondas de seguridad de paciente de las 34 rondas en las que participa el Servicio Farmaceutico

SEGUIMIENTO No. 3				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
LUZ MERY BUENAHORA	88,89%	88,89%	N/A	Pendiente la culminación del Curso de Humanización de la Colaboradora Participe quien lo esta realizando en la UIS. El cual termina en el mes de noviembre
LUZ MERY BUENAHORA	50,00%	50,00%	Guía de Hipertensión Arterial y Planilla de Socialización	Se anexa archivo con carpeta por cada acción planteada e iniciada. De los 8 Hallazgos, 4 ya se subsanaron. (Tapa baños Consulta Externa, Curso Atención a Víctimas de Violencia Sexual, definir utilidad Sala Proc Menores y Adopción Guía de Hipertensión Arterial. 3 de las 4 actividades pendientes dependen del Servicio de Mantenimiento)
JEFE MONICA RODRIGEZ	89%	44,44%	1) Planillas de Asistencia a las actividades de Acreditación de los Julio, Agosto y Septiembre 2) Construcción de Carpetas de Enfoque, Implementación y Resultado	Para el 2018 se tienen programadas 9 capacitaciones, de las cuales se ha asistido a 8 capacitaciones
JEFE MONICA RODRIGEZ	0%		A la fecha no se ha realizado la Autoevaluación de Acreditación	N/A
LUZ MERY BUENAHORA	83,67%	75,00%	Resultados de los indicadores de las encuestas de los meses de Junio, Julio y Agosto. Correos remitidos al SIAU solicitando los resultados de las encuestas de Septiembre de 2018.	A fecha de entrega de avances POA no se recibo por parte del SIAU el consolidado de la encuesta de Satisfacción aplicada en el mes de Septiembre



SEGUIMIENTO No. 3				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
Katherine Chaparro Hernandez	72%	66,7%	1. Excel de encuesta SIAU. 2. Encuesta SIAU Tabulada. 3. Formulación de Plan de Mejora para criterios menores al 80%	El resultado del indicador es del 72% 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 Junio, Julio y Agosto. En cuanto al mes de Septiembre 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 Agosto a (66,7%).
Katherine Chaparro Hernandez	94%	100%	1. Informe tabulación de Ecuesta de Satisfacción al Persona en Formación Alimentación GAT-NUT-F-O-38. 2. Archivo Scanner encuestas de satisfacción. 3. Formato encuesta de satisfacción codificado	El porcentaje de avance de la actividad es del 100% ya que se realizó las 5 actividades pendientes. Se realizara de nuevo encuesta en el mes de Noviembre para así tener parámetros de referencia en cuanto a la satisfacción del usuario.
Katherine Chaparro Hernandez	88,9%	44,4%	1) Planillas de Asistencia a las actividades de Acreditación de los Julio, Agosto y Septiembre 2) Construcción de Carpetas de Enfoque, Implementación y Resultado	Para el 2018 se tienen programadas 9 capacitaciones, de las cuales se ha asistido a 8 capacitaciones
Katherine Chaparro Hernandez	0%			
Katherine Chaparro Hernandez	58,3%	58,3%	1. Informe Lactancia Materna realizada en el marco de la celebración de lactancia materna de la E.S.E HUS 2018. 2. Educación en Prevención del Sobrepeso y la Obesidad realizada en el marco de la celebración contra la lucha mundial contra el sobrepeso y la obesidad de la E.S.E HUS 2018. 3. Planillas de interconsulta de Nutricionistas Clínicas correspondiente al mes de Agosto y Septiembre	Total de actividades de Nutrición Clínica en el Paquete Instruccional: 12 (Doce). Por lo tanto, Hasta el momento hay 7 actividades desarrolladas de las 12 requeridas.

			<small>(para ver reglas y descripción)</small> 4. Planilla de trazabilidad de tamizaje nutricional pediátrico. 5. Planilla de trazabilidad tamizaje nutricional adultos.	
--	--	--	--	--

SEGUIMIENTO No. TERCER TRIMESTRE 2018					SEGUIMIENTO No. TERCER TRIMESTRE 2018					
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL	PORCENTAJE DE AVANCE	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
					*REUNIÓN CON OFICINA DE FACTURACION PROF. SUBMUJERINFANCIA JEFE ZEIDA * REUNION PROFESIONAL DE CONTRATACION SALUD. COORDINADOR DE AUDITORIA Y COLABORADORES PROGRAMA MADRE CANGURO	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		75%	* LISTA DE ASISTENCIA 04/09/2018 MEJORAR LA PRESTACION DE DE LOS SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA MADRE CANGURO * LISTA DE ASISTENCIA 07/09/2018 TEMA CONTRATACION ERP Y PROGRAMA MADRE CANGURO * LISTA DE ASISTENCIA 17/09/2018 TEMAS AUTORIZACIONES CON LAS ERP CON MADRE CANGURO * ACTAS DE LAS REUNIONES	
					SOCIALIZACION POR GOOGLE FORMS A TODO EL PERSONAL DEL HUS Y MEDICION DE ADHERENCIA POR EL MISMO MEDIO.	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		100%	SOCIALIZACION Y ADHERENCIA DE LOS 2 PAQUETES INTRUCCIONALES PERTENECIENTES A LA SUBGERENCIA MUJER INFANCIA	
					*REUNIÓN PARA ADOPCION GUIA DE PRACTICA CLINICA IRA (NEUMONIA Y BRONQUIOLITIS) *SOCIALIZACION DEL PROTOCOLO DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA EN COMITÉ PRIMARIO.	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		75%	*LISTA DE ASISTENCIA *FORMATO DE ADOPCION GUIA *LISTADO DE ASISTENCIA A SOCIALIZACION.	POR INDICACIONES DE ACREDITACION, LAS GUIAS DEBIERON SER ACTUALIZADAS. SE ESTA LLEVANDO A CABO LA ACTUALIZACION PARA SU POSTERIOR SOCIALIZACION
					REUNION COMITÉ DE GERENCIA PARA SU APROBACION	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		100%	LA EVALUACION ECONOMICA REPOSA EN GERENCIA	
					ACTIVIDAD CERRADA REUNION COMITE DE GERENCIA PARA SU APROBACION	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		100%	LA EVALUACION ECONOMICA REPOSA EN GERENCIA	
					ACTIVIDAD CERRADA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		100%	LA CONTRATACION DE ESTA AUXILIAR DE ENFERMERIA SE DA CON EL FIN DE MEJORAR Y AGILIZAR EL PROCESO DE FACTURACION Y TRIAGE EN LOS SERVICIOS DE GINECOBISTRICIA Y PEDIATRIA	

				SOCIALIZACION CON TODO EL PERSONAL DE LA ESQUEMA POLITICA PARA LA IMPLEMENTACION Y DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA INSTITUCIONALES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA - CON ENFOQUE INTEGRAL IAMI MEDICION DE ADHERENCIA A LA POLITICA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		75%	INFORME DE SOCIALIZACION Y ADERENCIAS	
				* REUNION DR DELGZAR RAUL GOMEZ * PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE PROYECTOS, AUXILIAR ADITIVO Y PROFESIONAL UNIVERSITARIO MUJER INFANCIA * REUNION AUXILIAR ADITIVO DE GINECOOBSTETRIA, DR DELGZAR RAUL GOMEZ * REUNION AUXILIAR DE ADITIVO DE GINECO-OBSTETRICIA Y PROFESIONAL PROYECTOS	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		50%	* LISTA DE ASISTENCIA ANALISIS DEL PROYECTO 03/09/2018 PREALTA * LISTA DE ASISTENCIA PASOS DE A SEGUIR PROYECTO PREALTA * LISTA DE ASISTENCIA ORGANIZAR EL PROYECTO PREALTA * ACTAS DE REUNIONES	
				SOLICITUD AL DR CRISTIAN OÑORO MEDICO DE CALIDAD PARA LA CREACION DE COMITLÉ ANALISIS DE CESÁREAS	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		50%	* CORREO ENVIADO 11/07/2018 COMITES INSTITUCIONALES * CORREO RECIBIDO 16 /07/2018 COMITES INSTITUCIONALES *CORREO ENVIADO 29 /08/2018 COMITÉ INSTITUCIONALES	PENDIENTE LA CREACIÓN YA QUE ÉSTA DEBE SER MEDIANTE RESOLUCIÓN DEL GERENTE CON PREVIA REVISIÓN DE LA OFICINA JURÍDICA
				ACTIVIDAD CERRADA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		100%	ACTIVIDAD CERRADA PROYECTOS POR LA UIS	EL PROYECTO REPOSA EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA UIS
				CRONOGRAMA DEL TRECER	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		75%	*LISTA DE LOS MANTENIMIENTO	
				ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR CPC DE PREPARACIÓN PARA LA AUTOEVALUACIÓN *ACTUALIZACIÓN Y CODIFICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		50%	LISTADOS DE ASISTENCIA	LA AUTOEVALUACIÓN SE REALIZARÁ EN NOVIEMBRE DEL PRESENTE AÑO, SIN EMBARGO, SE HAN ADELANTADO DOCUMENTOS Y ACTIVIDADES QUE AYUDARÁN AL CUMPLIMIENTO DE ÉSTA META

					SOCIALIZACION DE LOS TEMAS DE ACREDITACION EN LOS GRUPOS PRIMARIOS DE LA SUBGERENCIA MUJER INFANCIA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		75%	LISTA DE ASISTENCIA A LOS GRUPOS PRIMARIOS ACTA DE REUNION	
				of	CRONOMAGRA DE INPECCIONES DE SEGURIDAD BIOMEDICOS MANTENIMIENTOS * SEGUIMIENTO DE EQUIPOS A LOS SERVICIOS PARA LOS MANTENIMIENTOS *SEGUIMIENTO MANTENIMIENTO DE CAMILLAS	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		75%	*CORRERO ELECTRONICO 10/09/2018 MANTIMIENTO ECOGRAFOS VOLUSON E6, VOLUSON E8 EXPERT, VOLUSON I *CORRERO ELECTRONICO 20/09/2018 RECIEN NACIDOS MANTENIMIENTOS DIAS 21-27-28/09/2018 * CORREO ELECTRONICO DEL 26 /09/2018 BOMBA DE NUTRICION MARCA ABBOT *CORREO ELECTRONICO DEL 21/09/2018 N° HUS 21125 UBICADA EN SALA DE	
					SOLOTUD DE MANTENIMIENTOS REALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE LA SUBGERENCIA MUJER INFANCIA	SUBGERENCIA MUJER E INFANCIA		75%	LOS MANTENIMIENTOS REALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE SUBGERENCIA MUJER INFANCIA	LOS SOPORTES REPOSAN EN LA OFICINA DE MANTENIMIENTO

SEGUIMIENTO No. TERCER TRIMESTRE A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2018				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
Gerencia-Subgerencia de Servicios de Alto Costo- Coordinador de la Unidad	0	45%	Documento estrategia programa de apoyo psicosociaal HUS, cortigo programa humanizacion y presentacion dispositivas, certificado de calibracion, Oficio y cronograma seguimiento fundaciones	
Gerencia-Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinador de la Unidad	0	45%		
Subgerencia Servicios de Alto Costo- Oficina de Calidad	$\frac{5.375.754.814}{7.417.610.947} = 86\%$	100%	Informe de Produccion a agosto de 2018	
Gerencia-Subgerencia de Servicios de Alto Costo- Coordinador de la Unidad	0	45%	Documento estrategia programa de apoyo psicosociaal HUS, cortigo programa humanizacion y presentacion diapositivas, certificado de calibracion, Oficio y cronograma seguimiento fundaciones	

Subgerencia de Servicios de Alto Costo - Medico Coordinador del Servicio -	0	60%	Plataforma Googlo forms	
Subgerencia de Servicios de Alto Costo -	0%	30%	Plataforma Googlo forms	
Subgerencia servicios de Alto Costo- Unidad funcional docencia e investigacion	0	25%	Se adjunato comunicacion recibida por correo certificado N° 11886	
Subgerencia de Servicios de Alto Costo - Medico Coordinador del Servicio - Comites seguridad del paciente	0	0%		Este proceso corresponde al personal de enfermeria y como acciones de mejora a partir del 2019 se desplegara la documentacion a fin de incluirla en las socializaciones a todo el personal asistencial de la Subgerencia de Servicios de Alto Costo
	JUNIO UCIA = 2 / 13 = 0,15 UCIP = 0 / 2 = 0 QUEMADOS= 0 / 2= 0	66%	Acta del Comité de Seguridad del Paciente -Correo electronico de fecha 11/10/2018 emitido por seguridaddelpaciente@hus.gov.co	
	JULIO UCIA = 2 / 13 = 0,15 UCIP = 0 / 2 = 0			
	AGOSTO UCIA = 0 / 0 = 0 UCIP = 0 / 0 = 0			
	QUEMADOS= 0 / 0= 0			
QUEMADOS= 0 / 0= 0				
Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinadores de las Unidades	4 / 4 = 1	60%	Formato Cronograma del mantenimiento Gestion de la Tecnologia. Correos mantenimiento de los equipos de la Unidad de Oncologia y Radioterapia.	
Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinadores de las Unidades	30	30%	Informe Ronda de Seguridad del Paciente UCIA	
Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinadores de las Unidades	0	30%	Oficio N° 9000-SSAC-00387-218 Oficio N° 9000-SSAC-00429-218 Oficio N° 9000-SSAC-00435-218	
Subgerencia de Servicios de Alto Costo, Coordinadores de las Unidades	JULIO = N° de quejas por maltrato (2)= 0,28 N° total de quejas recibidas (7) AGOSTO = N° de quejas por maltrato (0)= 0 N° total de quejas recibidas (3) SEP = N° de quejas por maltrato (2)= 0,5 N° total de quejas recibidas (4)	75%	Consolidado de peticiones, quejas y reclamos	

SEGUIMIENTO No. 3				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
Talento Humano y Empresa Contratista	N.A. para la Subgerencia de Enfermería, Informe institucional informado por el SIAU	53%	Se adjunta planeación de la capacitación en atención al cliente. Se adjunta material educativo. Se adjuntan listas de asistencia.	No fue posible que el SENA brindara la capacitación en atención al cliente, por tal motivo la Psicóloga de la Empresa Contratista DARSALLUD AT, realizó entrenamiento a los estudiantes de enfermería de último año para que se replicara la información en los diferentes servicios a los ejecutores adscritos a la Subgerencia Servicios de Enfermería.
SIAU - Subgerente Servicios de Enfermería	N.A. para la Subgerencia de Enfermería, Informe institucional informado por el SIAU	75%	Se adjuntan reportes de quejas a la empresa contratista (PQRS N° 450B Y 553B).	
Enfermera asignada a Humanización, Subgerente Servicios de Enfermería, Empresa Contratista y E.P.E. Coordinadores de enfermería.	N.A. para la Subgerencia de Enfermería, Informe institucional informado por el SIAU	75%	Se adjuntan la investigación, seguimiento y planes de acción de los PQRS (PQRS N° 450B Y 553B).	
Líder equipo de Humanización y su equipo	100%	100%	Aplicación de Encuestas. Tabulación de encuestas.	Se realizó muestreo epidemiológico con un intervalo de confianza del 99% para un total de 197 usuarios de muestra.
Líder equipo de Humanización y su equipo		100%	Informe institucional de priorización de necesidades informadas por los usuarios.	
Comité de Educación de Enfermería, Subgerente Servicios de Enfermería y equipo de Humanización	61%	57%	Listas de asistencia a la capacitación de atención humanizada. Informe de seguimiento curso humanización en la atención en salud y listas de asistencia.	
Líder equipo de Humanización y su equipo	100%	100%	Aplicación de Encuestas. Tabulación de encuestas. Diagnóstico. Informe.	
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.
Comité de Educación de Enfermería		100%	Se adjunta informe de socialización y evaluación del protocolo cuidado de enfermería para la persona con riesgo de caídas ENF-PT-19. Se adjunta informe de socialización y evaluación de 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) ENF-GU-04.	

Comité de protocolos de Enfermería	N.A. para la Subgerencia de Enfermería, Informe institucional informado por Unidad de Gestión de Seguridad del Paciente	72%	Se adjunta informe de prueba alfa por parte del Comité de Educación del Cuidado de Enfermería el "Protocolo Administración segura de medicamentos". Se adjunta acta del Comité de Protocolos del Cuidado de Enfermería de la revisión del Protocolo Administración segura de medicamentos.	
Comité de Calidad del Cuidado de Enfermería		72%	Se adjunta informe de revisión y auditoría del cumplimiento del Protocolo cuidado de enfermería para la persona con riesgo de caídas.	
Comité de calidad del cuidado de Enfermería		100%	Se adjunta informe de medición y seguimiento a la adherencia al Protocolo cuidado de enfermería para la persona con riesgo de caídas ENF-PT-19.	
Coordinadores y Subgerencia de Enfermería		N.A.		Medición 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 de 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), con porcentaje de cumplimiento bueno a nivel Institucional.
Comité de Educación de Enfermería	20%	100%	Se adjunta informe de socialización y evaluación del instructivo de identificación de usuarios. Se adjunta lista de asistencia a lectura del instructivo de identificación de usuarios.	
Comité de calidad del cuidado de Enfermería		N.A.		Instructivo que se encuentra programado para revisión, seguimiento y adherencia en el mes de Noviembre.
Ejecutores de los procesos de Enfermería y Auxiliatura de Enfermería		50%		Para el mes de noviembre se realizará seguimiento para la verificación del cumplimiento del instructivo.
Comité de calidad del cuidado de Enfermería		N.A.		Instructivo que se encuentra programado para revisión, seguimiento y adherencia en el mes de Noviembre.
Coordinadores y Subgerencia de Enfermería		N.A.		Instructivo que se encuentra programado para revisión, seguimiento y adherencia en el mes de Noviembre.
Subgerente Servicios de Enfermería	N.A.	N.A.		La autoevaluación será realizada en el mes de Noviembre de 2018.
Subgerencia Servicios de Enfermería, Comité de Educación de Enfermería, Talento Humano y Empresa Contratista.	95%	66.6%	Se adjunta informe de Ejecutores de Enfermería, Auxiliatura de Enfermería, Mensajería Asistencial y Traslado Intra institucional que realizaron inducción en el segundo y tercer trimestre, de acuerdo a informe del aula virtual de la ESE HUS.	
Subgerencia Servicios de Enfermería	67%	75%	Se adjuntan las actas de supervisión de las frecuencias contratadas de los meses de Juni, Julio, Agosto y Septiembre.	
Auditora Concurrente de Enfermería		50%	Se adjuntan informe del mes de Julio.	A partir del mes de Agosto se trasladó a la auditora concurrente de enfermería para la oficina asesora de calidad. Por tal motivo no se cuenta a partir del mes de agosto con la auditora concurrente de enfermería encargada de verificar soportes de administración de medicamentos, dispositivos médicos y oxígeno en los diferentes servicios y unidades de la ESE HUS.

SEGUIMIENTO No. 3				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
Rafael Castellanos Bueno Grupo de Humanización	1 capacitación realizada / 1 capacitación planeada	100%	Se adjunta el listado de las personas adscritas a la Subgerencia de Servicios Médicos que realizaron y aprobaron la capacitación de humanización en la Moodle.	
	84 personas capacitadas / 84 personas adscritas	100%		
Rafael Castellanos Bueno Comité de calidad	Gestión de Urgencias: Se toma una muestra de los pacientes que se encuentran en el servicio de urgencias	75%	Se anexan las plantillas utilizadas para la verificación del uso de la manilla de identificación	En el Servicio de Urgencias, Zulma Vanessa Becerra Amorrocho: En base a las incidencias presentadas, no todos los pacientes visitados cumplen con el uso de la manilla blanca y el bautizo. En el Servicio de Medicina Interna, el
Rafael Castellanos Bueno Comité de educación	Gestión de Urgencias:	63%	Se adjunta la información brindada por la Subgerencia de Enfermería, seguridad del	Gestión de Urgencias: Zulma Vanessa Becerra Amorrocho:
	Gestión de Urgencias: Las capacitaciones son realizadas por la subgerencia de enfermería por el Jefe Jairo Pedraza Carvajal de Seguridad del paciente. Se toma una muestra del 100% del personal medico de urgencias 35/23 arroja un 66% Se toma una muestra del 100% del personal de enfermería de urgencias 138/138 arroja un 100% Se adjunta evidencia de las capacitaciones realizadas al personal medico y de enfermería del servicio de urgencias en UPP y Caidas. Hospitalización.	58%	Se adjunta seguimiento a las capacitaciones realizadas al personal del Servicio de Urgencias se encuentra como evidencia PD3	Zulma Vanessa Becerra Amorrocho: la capacitación de guías de administración de medicamentos No a sido realizada. se evidencia capacitación sobre protocolo de caídas de pacientes y úlceras por presión UPP, para el servicio de urgencia. Estas son realizadas por el servicio de Subgerencia de Enfermería. se toman los datos suministrados según asistencias y se calcula el indicador por el total del personal de servicio médico y asistencial de Urgencias .

SEGUIMIENTO No. 3				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
Subgerente de Servicios Quirúrgicos Bueno Grupo de Humanización	(Número de quejas por maltrato manifestadas por los usuarios/Total de quejas manifestadas por los usuarios)*100: (0/14)*100 = 0%	72%	Base de datos entregada por Talento Humano, de personal adscrito a la Subgerencia quirúrgica que ha sido capacitado en humanización Consolidado de PQR tercer trimestre de 2018	En la plataforma Moodle el proceso de inducción cuenta con un módulo de humanización, el cual es conocido y evaluado. Actualmente el personal de la Institución se encuentra realizando un curso de humanización por medio del aula virtual de la ESE HUS, el cual tiene una duración de 40 horas.
		40%	Listados de asistencia a capacitaciones (Se adjunta copia de algunas listas, las restantes reposan en la oficina de Talento Humano).	Durante el tercer trimestre de 2018 no se presentaron quejas relacionadas con la falta de humanización en la Subgerencia Quirúrgica.
Subgerente de Servicios Quirúrgicos	(No. Pacientes que califican como "bueno" el servicio en cuanto a confort en cirugía general/Total de pacientes encuestados en	72%	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.
		72%	Evidencias fotográficas	
Subgerente de Servicios Quirúrgicos Bueno Grupo de Humanización	(Personal de la subgerencia quirúrgica que ha realizado inducción en moodle/Total de personal de la subgerencia quirúrgica)*100 = (108/135)*100 = 80%	72%	Base de datos enviada por Talento Humano 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.
		40%	Listados de asistencia a capacitaciones (Se adjunta copia de algunas listas, las restantes reposan en la oficina de Talento Humano).	Actualmente el personal de la Institución se encuentra realizando un curso de humanización por medio del aula virtual de la ESE HUS, el cual tiene una duración de 40 horas.

Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Seguridad del Paciente	Tasa de caídas - Especialidades quirúrgicas: 0 - Cirugía general: 2 - Quirófanos: 0	72%	Lista de asistencia del personal a quienes se les hizo socialización acerca de guías de tasa de caídas, UPP y administración de medicamentos (Reposa en la subgerencia de Enfermería). Capturas de pantalla de informe enviado por Seguridad del Paciente, en cuanto a caídas, UPP y reporte de administración de medicamentos.	Falta realizar socialización acerca de los diferentes protocolos referentes a tasa de caídas, úlcera por presión y administración segura de medicamentos al personal médico de la Institución
	UPP - Especialidades quirúrgicas: 0 - Cirugía general: 1 - Quirófanos: 1	72%		
	Administración de medicamentos - Especialidades quirúrgicas: 0 - Cirugía general: 0 - Quirófanos: 0	72%		
Subgerente de Servicios Quirúrgicos Grupo de Seguridad del Paciente	Implementación paquete instruccional priorizado (Mejorar la seguridad de procedimientos quirúrgicos): 90%	72%	Referenciación funcional realizada a la guía técnica del ministerio de salud Protocolo documentado: Mejorar la seguridad en procedimientos quirúrgicos (GSQ-GSQ-PT-01) Presentación en ppt para la socialización del paquete instruccional Informe de adherencia al protocolo. Plegable, poster y lista de asistencia de socialización de lista de chequeo de cirugía segura.	Se da continuidad a la socialización del protocolo Mejorar la seguridad en procedimientos quirúrgicos. La UIS realizó actividades de socialización de la lista de chequeo de cirugía segura a través de capacitación, por medio de plegables y poster. A su vez, realizó medición de adherencia de la misma en el área de quirófanos.
		70%	Adopción de GPC de Trauma Craneoencefálico. Guía de Práctica Clínica: Para el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con trauma craneoencefálico severo (Ministerio de Salud).	Se realizó adopción de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con trauma craneoencefálico severo, del Ministerio de Salud. Está pendiente la socialización de la Guía de Práctica Clínica adoptada.
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%	70%	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. El personal de la Subgerencia Quirúrgica se encuentra en proceso de realización de curso del programa de identificación del paciente en la plataforma Moodle.
		72%		La verificación de los datos de identificación se realiza con la hoja frontal (En historia clínica), manilla de identificación
		70%	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.
Subgerente de Servicios Quirúrgicos Oficina Asesora de Calidad	(Planes de mejora de auditorías de habilitación realizadas entregados/Auditorías de habilitación realizadas)*100 = 44: 100%	72%	Planes de mejoramiento de auditorías realizadas a los procesos de esterilización trasplante de tejidos, cirugía mediana y alta complejidad, y cirugía ambulatoria 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
		68%		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.
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: 1,6	72%	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 el profesional de la Subgerencia Quirúrgica, la enfermera coordinadora del área quirúrgica y el Subgerente de Servicios Quirúrgicos
		0%	Aún no se cuenta con evidencias	Aún no se ha realizado la autoevaluación del ciclo de mejoramiento correspondiente a la vigencia 2018

SEGUIMIENTO No. 3				
RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
				Actividad Terminada
Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	100%	Se adjuntan evidencias de trabajo con el Equipo de Humanización y el Equipo de Seguridad del Paciente. Evidencias de auto cuidado en la carpeta de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Actividad Terminada
Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	100%	Se adjuntan evidencias de trabajo con el Equipo de Humanización y el Equipo de Seguridad del Paciente. Evidencias de auto cuidado en la carpeta de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Actividad Terminada
Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	100%	Se adjuntan evidencias del trabajo con el Equipo de Humanización y el Equipo de Seguridad del Paciente. Evidencias de auto cuidado en la carpeta de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Actividad Terminada
				Actividad Terminada
Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	88%	90%	Se adjuntan listados de asistencias, invitaciones y evidencias de capacitaciones	
Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	100%	Correos electronicos Informe del Aula Virtual de Aprendizaje	Actividad Terminada
Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	100%	Listas de asistencia Aula Virtual de Aprendizaje	Actividad Terminada
Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	100%	se adjunta Informe de Inducción corte a septiembre 2018	Actividad Terminada
				Evidencias debe ser aportadas por el profesional de Comunicación

Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	100%	Se adjuntan evidencias de actividades de reconocimiento	Actividad Terminada
Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	100%	Resolución 343 de 2018 programa de bienestar e incentivos	Actividad Terminada
Subgerencia Administrativa y Financiera Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	100%	100%	Entrega de dosímetros personales. Registro de asistencia de investigación de accidente laboral. Registro de asistencia de inspecciones de riesgo biológico y normas de bioseguridad. Registro de asistencia de pausas activas. certificación de medición de formaldehído realizada en central de esterilización. Correos electrónicos de solicitud de entrega de elementos de protección personal. Oficio de solicitud de adecuación de sendero peatonal. Registro de asistencia capacitación en farmacodependencia Registro de asistencia de capacitación en Liderazgo y relaciones sociales. Oficio proyección del plan de compras del 2019. Registro de asistencia de inspección de ambiente físico a los servicios del HUS. Registro de asistencia capacitación en Resolución de conflictos al comité de convivencia laboral. Oficios de envío de dosímetros en uso para lectura a dosímetros. Registro de asistencia de levantamiento matriz de peligros de oncología. Correos electrónicos de reporte de condiciones inseguras.	Actividad Terminada
				Evidencias deben ser aportadas por la Gerencia.
				Evidencias deben ser aportadas por la Gerencia.
Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano	75%	94%	Carpeta de Evidencias seguimiento PAMEC	

TERCER SEGUIMIENTO					
ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
El área de desarrollo institucional esta solicitando un diseñador para trabajar el material de niños correspondiente a la pagina web.	Sugerencia Administrativa UFATI - Sistemas Desarrollo Institucional	0%	0%	No se evidencia avance de esta actividad	No Aplica
La aplicación realizada para el registro de eventos adversos ha estado estable. La oficina asesora de Calidad esta parametrizando el modulo de eventos adversos que trae la herramienta ALMERA. Esta será la herramienta utilizada por la ESE HUS.	Sugerencia Administrativa UFATI Unidad de Seguridad del Paciente	100%	0%	No Aplica	No Aplica

Se entrego informe de concepto a la Gerencia sobre el Dinamica Gerencial .Net.	Gerencia Sugerencia Administrativa UFATI Sistemas	80%	80%	Concepto Dinamica Gerencial .Net	No Aplica
Se realizó entrega del Concepto a la gerencia, en espera de la toma de decision para la realización del proyecto	Subgerencia Administrativa Sistemas -	20%	20%	Concepto Dinamica Gerencial .Net	No Aplica
La empresa almera entrego el modulo de correspondencia para revisión por parte del hus.	Subgerencia Administrativa UFATI	100%	100%	Se adjunta pantallazos de la informacion revisada y el informe enviado	No Aplica
La subGerencia Administrativa y Financiera aún no ha aprobado este profesional.	Subgerencia Administrativa UFATI	50%	50%	Resolucion 629 de 2018	No Aplica
Esta pendiente de asignacion presupuestal. De acuerdo a la disponibilidades que se tenga. Sin embargo ya se han instalado 178 equipos	Sugerencia Administrativa Sistemas	100%	100%	Certificacion gestión integral	No Aplica
Esta pendiente de asignacion presupuestal.	Sugerencia Administrativa Sistemas	50%	50%	No Aplica	No Aplica
Se realizó referenciacion virtual sobre indicadores de Gestión de acuerdo al modelo de de MIPG	Sugerencia Administrativa Sistemas	100	100	No Aplica	No Aplica