

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019

METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/ INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/ AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
				Gestión de Calidad								
				Realizar auditorías de procesos	24	Bimestral	Gestión de calidad	22	La ESE ha realizado auditorias de calidad en los servicios de Hospitalización, imágenes diagnosticas, centro de terapia, Siau, urgencias, referencia y contrareferencia, vacunación, registro informe quirúrgico, resultados críticos, informe referencia, historias clínicas, uci neonatal, adulto, farmacia, cirugía, traslado asistencial, gastroenterología, entre otras		0,09	0,07
				Realizar la Autoevaluación para la acreditación en salud vigencia 2019	1	Diciembre de 2019	Gestión de calidad	0%	La autoevaluación 2019 se realiza en el mes de Diciembre		0,09	0,00
				Realizar eventos de capacitación sobre el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud con énfasis en acreditación en salud	4	Trimestral	Gestión de calidad	3	La oficina de calidad realizó los eventos de capacitación sobre el sistema obligatorio de garantía de la calidad del III trimestre, con una cobertura de 192 servidores públicos		0,09	0,07
				Realizar el seguimiento de los indicadores de calidad, Pamec y asistenciales del plan de Gestión 2018	4	Trimestral	Gestión de calidad	3	Durante le III trimestre la oficina de calidad realizó el seguimiento y evaluación de los indicadores de calidad, Pamec y los asistenciales		0,09	0,07
				Realizar mensualmente seguimiento a la realización de los comité de obligatorio cumplimiento (Asistenciales).	12	Mensual	Gestión de calidad	9	La oficina de calidad realizó el seguimiento mensual a la realización de los comités asistenciales		0,09	0,07
				Humanización en la asistencia hospitalaria								
				Realizar la difusión del programa de humanización mediante campañas, talleres y capacitaciones al personal de la ESE, emitiendo el informe mensual	12	Mensual	Psicóloga de humanización	9	La ESE realizó la difusión mensual del programa de humanización, mediante campañas, talleres y capacitaciones.		0,09	0,07
				Medir la percepción de la humanización en los diferentes servicios de la ESE, emitiendo informe mensual	> 80%	Enero a Diciembre	Psicóloga de humanización	> 91,1%	La medición de la percepción de humanización en el trimestre fue superior al 91%		0,09	0,07

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019

METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
				Realizar el seguimiento y evaluación del programa de humanización mediante aplicación de test y realizar el informe semestral	2	Semestral	Psicóloga de humanización	1	La ESE realizo el seguimiento y evaluación del programa de humanización del II semestre de 2019, mediante la aplicación de test		0,09	0,05
				Seguridad del Paciente								
				Realizar eventos de capacitación en seguridad del paciente a los servidores de la ESE, presentando informe mensual	12	mensual	Líder seguridad del paciente	9	La ESE mensualmente realizó los eventos de capacitación sobre seguridad del paciente.		0,09	0,07
				Realizar informes de cumplimiento de la lista de chequeo obligatoria de seguridad del paciente y presentar al comité.	2	Semestral	Líder seguridad del paciente y auditora concurrente	1	La líder de seguridad del paciente realizó el informe de cumplimiento de aplicación de la lista de chequeo obligatoria del I semestre de 2019.		0,09	0,05
				Realizar la gestión y análisis mensual de los eventos adversos y generar el plan de mejora si aplica.	12	Mensual	Auditora concurrente	9	La ESE realizó la gestión mensual de los eventos adversos y se generaron los planes de mejora correspondientes		0,09	0,07
				Realizar la recopilación y registro de riesgos identificados en los diferentes servicios	12	Mensual	Gestión de calidad	9	La oficina de gestión de calidad realizó la recopilación y registro de los riesgos reportados por los diferentes servicios		0,09	0,07
				Servicio de Atención al Usuario								
				Realizar la aplicación de las encuestas de satisfacción a los usuarios de la ESE y presentar el informe respectivo de satisfacción del usuario	>= 5.500	Enero a Diciembre	Líder SIAU	4.581	Durante el III trimestre de 2019 la oficina de SIAU logrado aplicar un acumulado de 4.581 encuesta de satisfacción global		0,09	0,08
				Dar respuesta dentro de los términos de ley del 100% de las quejas y reclamos recibidas de los usuarios, emitiendo el informe respectivo	100%	Enero a Diciembre de 2018	Líder SIAU	100%	La ESE dio respuesta al 100% de las quejas y reclamos recibidas en el III trimestre dentro de los términos de ley		0,09	0,07
				Evaluar la adherencia al procedimiento de atención al usuario en la ventanilla preferencial, emitiendo el informe correspondiente	>= 90%	Semestral	Líder SIAU	99%	La oficina del SIAU realizó la evaluación de adherencia al procedimiento de ventanilla única, con un resultado de 99% de adherencia.		0,09	0,07
				Realizar eventos de capacitación a los usuarios dejando constancia de lo actuado	12	Mensual	Líder SIAU	9	La líder de la oficina de SIAU realizó los eventos de capacitación mensual a los usuarios		0,09	0,07

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019

METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/ INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIME NTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
				Evaluar la adherencia al procedimiento de atención a madres gestantes emitiendo informe semestral	>= 90%	Semestral	Líder SIAU	94%	La oficina del SIAU realizó la evaluación de adherencia al procedimiento de atención a madres gestantes, con un resultado de 94% de adherencia.		0,09	0,07
				Realizar la promoción mensual del Portafolio de servicios de la ESE, emitiendo el informe correspondiente	12	Mensual	Líder de SIAU- Mercadeo	9	La ESE realizó la promoción mensual del portafolio de servicios		0,09	0,07
				Servicio de Urgencias								
				Realizar seguimiento mensual a la oportunidad de TRIAGE II y establecer acciones de mejora frente a desviaciones	< 30 minutos	Mensual	Coordinador de Urgencias	28,3	La oportunidad del Triage II en el servicio de urgencias en el tercer trimestre fue de 28,3 minutos		0,09	0,07
				Evaluar que se realice la Notificación a la Secretaría de Salud Departamental, CRUE Huila y a la EPS responsable del paciente cuando la remisión cumpla más de 48 horas de trámite sin respuesta positiva.	100%	Enero a Diciembre	Coordinador de Urgencias	100%	Se realiza diariamente la notificación a SSDH, CRUE Huila y a la EPS de las remisiones que cumplan mas de 48 horas de tramite.		0,09	0,07
				Realizar análisis agrupado de la mortalidad menor a 48 horas en el servicio de urgencias y establecer acciones de mejora que se requieran	100%	Enero a Diciembre	Coordinador de Urgencias	100%	Se realizó el análisis agrupado de la mortalidad < 48 horas en el servicio de urgencias		0,09	0,07
				Realizar capacitaciones al personal médico en las principales patologías de atención y socialización de procesos administrativos.	12	Mensual	Coordinador de Urgencias	9	La coordinación de urgencias realizó mensualmente los eventos de capacitación al personal medico		0,09	0,07
				Realizar socialización del Manual de Referencia y contrarreferencia al personal de los servicios de traslado asistencial básico, medicalizado y de referencia.	1	Primer semestre	Coordinador de Urgencias	1	La coordinación de urgencias realizó la socialización del Manual de Referencia y Contrarreferencia al personal del servicio		0,09	0,09
				Realizar auditoria de adecuado registro de historias clínicas de los diferentes servicios y de acuerdo a los hallazgos identificados formular el respectivo plan de mejoramiento	12	Mensual	Auditoria concurrente	9	La Auditoría Concurrente, realizó las auditorías mensuales a los registro de historias clínicas y generó las acciones de mejora correspondientes		0,09	0,07
				Servicios Ambulatorios								
				Realizar eventos de socialización sobre procedimientos, guías y protocolos de atención en consulta externa y realizar seguimiento a través de listas de chequeo. generar el respectivo informe	4	Trimestral	Coordinación de consulta externa	3	La coordinación de consulta externa realizó los eventos de socialización sobre procedimientos, guías y protocolos del III trimestre de 2019		0,09	0,07

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019

METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO	
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción		Resultado
	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Postularse para la Acreditación	Alimentar mensualmente la base de datos de patologías tomadas y patologías alteradas para llevar seguimiento y realizar el control correspondiente. Informe	12	Mensual	Coordinación de consulta externa	9	Se realizó mensualmente la alimentación de la base de datos de las patologías tomadas y alteradas	5	0,09	0,07	
				Dar continuidad mensual con los comités de IAMI	12	Mensual	Coordinación IAMI y miembros del Comité	9	La Coordinación IAMI realizó la gestión y realización mensual de los Comités IAMI		0,09	0,07	
				Realizar eventos de capacitación y retroalimentación de los 10 pasos IAMI al personal de la ESE.	12	Mensual	Coordinación IAMI y miembros del Comité	9	La Coordinación IAMI realizó mensualmente los eventos de capacitación de los 10 pasos IAMI		0,09	0,07	
				Capacitar a las gestantes, puerperas, lactantes en de los 10 pasos IAMI de acuerdo a los planes capacitación establecidos por el programa y la institución.	12	Mensual	Grupo IAMI y Ginecólogos	9	La ESE realizó mensualmente los eventos de capacitación a gestantes, puerperas y lactantes en los 10 pasos IAMI		0,09	0,07	
				Capacitar las redes de apoyo institucional (Fami) a través de interacción con otras entidades del estado (Bienestar Familiar, Pastoral Social) que velan por la salud y nutrición de los niños y niñas, gestantes y lactantes en de los 10 pasos IAMI de acuerdo a los planes capacitación establecidos por el programa y la institución.	4	Trimestral	Coordinación IAMI y miembros del Comité	3	La coordinación IAMI realizó la gestión y capacitación a las redes de apoyo institucional (FAMI)		0,09	0,07	
				Dar continuidad mensual al Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de todos los recién nacidos vacunables en la institución, realizando el informe respectivo	12	Mensual	Coordinador IAMI y PAI	9	La ESE dio continuidad mensual al Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI)		0,09	0,07	
				Proporción de nacidos vivos a quienes se les brinda acceso al registro civil emitidos por la ESE.	≥ 90%	Mensual	Coordinación IAMI y Registro civil	100%	Se le brindó el acceso al registro civil al 100% de los niños nacidos vivos en la ESE		0,09	0,07	
				Aplicar listas de chequeo mensual para evaluación de adherencia a procesos y procedimientos de terapia ambulatoria, generando las acciones de mejora requeridas. Emitir informe trimestral	4	Trimestral	Coordinador de terapia y rehabilitación	3	Se realizó la aplicación mensual de lista de chequeo para evaluar adherencia de procedimientos de terapia ambulatoria		0,09	0,07	
				Sala de Partos									
				Realizar jornadas educativas y de capacitación al personal del área, en cuidado crítico obstétrico, código rojo, humanización del servicio entre otros	2	Semestral	Responsable de Sala de Partos	1	La líder de Sala de Partos realizó las jornadas educativas y de capacitación al personal del área		0,09	0,05	
				Realizar la Socialización de Protocolos asistenciales básicos de sala de partos	4	Trimestral	Responsable de Sala de Partos	3	La líder de Sala de Partos realizo la socialización de protocolos asistenciales básicos al personal del área	0,09	0,07		

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019

METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/ INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO	
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción		Resultado
DIRECCIÓN Y GERENCIA				Aplicar listas de chequeo mensual para evaluación de adherencia a los protocolos de Enfermería. Emitir informe trimestral	4	Trimestral	Responsable de Sala de Partos	3	La Líder de Salas de Parto gestionó la aplicación de la lista de chequeo mensual de evaluación de adherencia a protocolos de enfermería		0,09	0,07	
				Cirugía									
				Socialización de protocolos y Procedimientos del Servicio de Cirugía. Realizar pre y post test	4	Trimestral	Responsable de Cirugía	3	La líder de Cirugía realizó la socialización al personal del área de los protocolos y procedimientos de cirugía		0,09	0,07	
				Aplicar lista de chequeo para evaluación de la adherencia de procedimientos de cirugía. Generar planes de mejoramiento si aplica. Emitir informe semestral	2	Semestral	Responsable de Cirugía	1	La líder de cirugía realizó la gestión y aplicación de la lista de chequeo de evacuación de adherencia de procedimientos de cirugía, emitiendo el informe.		0,09	0,05	
				Garantizar que las cirugías canceladas atribuibles a la ESE menor e igual a 1.71 (observatorio ministerio de salud y protección social). Generar planes de mejoramiento si aplica. Emitir informe mensual	< 1.71%	Mensual	Responsable de Cirugía	0%	Durante el III trimestre de 2019 no se presentaron cancelación de cirugía atribuibles a la ESE		0,09	0,07	
				Hospitalización									
				Realizar jornadas de socialización de los manuales de procedimientos de enfermería. Realizar el pre y post test.	4	Trimestral	Coordinación de enfermería	3	La coordinación de enfermería realizó las jornadas de socialización al personal del área de manuales de procedimiento de enfermería correspondiente al III trimestre.		0,09	0,07	
			Aplicar listas de chequeo mensual para evaluación de adherencia a los procedimientos de administración de medicamentos, generando las acciones de mejora requeridas. Emitir informe trimestral	4	Trimestral	Coordinación de Enfermería, UCI Adultos, Neonatal y hospitalización	3	Durante el III trimestre se aplico mensualmente la lista de chequeo de evaluación de adherencia al procedimiento de administración de medicamentos		0,09	0,07		
			Evaluación de adherencia al protocolo de lavado de manos mediante listas chequeo mensual generando acciones de mejora. Emitir informes trimestral	4	Trimestral	Todos los servicios	3	La ESE dio continuidad con la evaluación de adherencia al protocolo de lavado de manos		0,09	0,07		

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019

METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/ INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/ AC TIVIDAD	FECHA/ CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
				Aplicar listas de chequeo mensual para evaluación de adherencia a protocolos de enfermería, generando las acciones de mejora requeridas. Emitir informe trimestral	4	Trimestral	UCI Neonatal	3	La líder de UCI Neonatal gestionó y aplicó la lista de chequeo de evaluación de adherencia de protocolos de enfermería, emitiendo informe		0,09	0,07
				Aplicar listas de chequeo mensual para evaluación de adherencia a protocolos de terapia y rehabilitación, generando las acciones de mejora requeridas. Emitir informe trimestral	4	Trimestral	Terapia respiratoria	3	Se aplicó la lista de chequeo de evaluación de adherencia de protocolos de terapia y rehabilitación y se emitió informe		0,09	0,07
				Aplicar listas de chequeo mensual para evaluación de adherencia a protocolos de enfermería, generando las acciones de mejora requeridas. Emitir informe trimestral	4	Trimestral	Uci Adultos	3	La líder de UCI Adultos gestionó y aplicó la lista de chequeo de evaluación de adherencia de protocolos de enfermería		0,09	0,07
				Apoyo diagnóstico y Terapéutico								
				Capacitar a funcionarios en protocolos y procedimientos del servicio farmacéutico	4	Trimestral	Químicos Farmacéuticos	3	La líder de Farmacia realizó la gestión y capacitación en protocolos y procedimientos del servicio farmacéutico		0,09	0,07
				Socializar el Manual de Buenas Practicas de elaboración	2	Semestral	Químicos Farmacéuticos	1	El líder de farmacia realizó la socialización del Manual de Buenas Practicas de Elaboración		0,09	0,05
				Realizar eventos de capacitación en seguridad alimentaria para las auxiliares de nutrición. Realizar pre y post	4	Trimestral	Coordinadora área de Alimentos	3	Se realizó el evento de capacitación en seguridad alimentaria		0,09	0,07
				Realizar listas de chequeo para medir adherencia a proceso institucional de seguridad alimentaria. Emitir informe trimestral	4	Trimestral	Coordinadora área de Alimentos	3	Se aplicó lista de chequeo de medición de adherencia al proceso institucional de seguridad alimentaria		0,09	0,07
				Medir la oportunidad entrega de resultados de servicios de imagenología y diagnostico general- Radiología, Tomografía y mamografía ambulatoria	<=5 días	Enero a Diciembre de 2019	Coordinador diagnósticas imágenes	4,8días	Durante el III trimestre la oportunidad en la entrega de resultados de imagenología fue de 4,8 días		0,09	0,07
				Medir la Oportunidad entrega de resultados servicios de imagenología y diagnóstico especializado- Tomografía en urgencias	3 días	Enero a Diciembre de 2019	Coordinador diagnósticas imágenes	4,3 días	Durante el III trimestre la oportunidad en la entrega de resultados de imagenología en el servicio de urgencias fue de 4,3 días		0,09	0,07

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019

METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/ INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/ AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
				Actualización de manual de procedimientos de laboratorio clínico	1	Marzo de 2019	Coordinador Laboratorio Clínico	1	La coordinación de Laboratorio Clínico realizó la actualización del Manual de Procedimientos del Laboratorio Clínico		0,09	0,09
				Realizar eventos de capacitación en procedimientos de laboratorio clínico y evaluar con pre test y post test.	12	Mensual	Coordinador Laboratorio Clínico	9	La coordinación de Laboratorio Clínico, realizó los eventos de capacitación programados en el periodo		0,09	0,07
				Gestión Logística								
				Realizar eventos de capacitación para el personal de la Central de esterilización en buenas practicas.	4	Trimestral	Coordinadora de la Central de Esterilización	3	La coordinación de la central de esterilización realizó los eventos de capacitación en buenas practicas de esterilización		0,09	0,07
				Aplicar lista de chequeo en los diferentes servicios para evaluar la adherencia a los procedimientos en buenas practicas de esterilización. Emitir informe trimestral	4	Trimestral	Coordinadora de la Central de Esterilización	3	La central de estiliación le dio continuidad a la aplicación de la lista de chequeo de evaluación de adherencia al procedimiento de buenas practicas de esterilización		0,09	0,07
				Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC)								
				Realizar los comités del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud	12	Mensual	Gestión de calidad	9	La oficina de gestión de calidad realizó los Comités mensuales del PAMEC		0,29	0,22
				Ejecutar las acciones de mejoramiento programadas para la vigencia, derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad	20	01-07-2019 hasta 31-10-2019	Gestión de calidad	9	Durante el III trimestre la Oficina de Calidad logró ejecutar y cumplir con el 45% de las acciones de mejora programadas		0,29	0,13
				Sistema de Control Interno								
				Formular, elaborar y presentar el Plan de Acción de Control Interno al Comité Coordinador del Sistema de Control Interno	1	05/01/2019	Asesor Control Interno	1	La oficina de control interno realizó el Plan de Acción 2019		0,29	0,29
				Formular, Elaborar y presentar el Programa Anual de Auditorías Internas de Procesos al Comité Coordinador de Control Interno para su aprobación y desarrollo	1	31/03/2019	Asesor Control Interno	1	La Oficina de Control Interno elaboró y presento el Programa Anual de Auditoría al Comité quien lo aprobó		0,29	0,29
				Diligenciar y presentar la encuesta del FURAG en la página del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP	1	28/02/2019	Asesor Control Interno	1	La oficina de control interno realizó el diligenciamiento de la encuesta FURAG II en la plataforma de la Función Pública		0,29	0,29

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019

METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/ INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	≥0.95	Reportar la encuesta del FURAG , para ser subido a la plataforma SINTERCADH de la Contraloría Departamental del Huila CDH y publicado en la web	1	28/02/2019	Asesor Control Interno	1	La oficina de control interno realizó el reporte del FURAG a la Contraloría Dptal del Huila	5	0,29	0,29
				Elaborar, y presentar el informe pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno a la dirección de la ESE y publicación en la web, en los términos del artículo 9° de la Ley 1474 de 2011	3	Marzo, Julio, Noviembre de 2019	Asesor Control Interno	2	La oficina de control interno realizó y publico el segundo informe pormenorizado del sistema de control interno		0,29	0,20
				Evaluar, y hacer seguimiento al informe de PQR's del Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU para publicación en la web, en los términos del artículo 76° de la Ley 1474 de 2011	2	Junio, Diciembre de 2019	Asesor Control Interno	1	La oficina de control realizó el informe de seguimiento a los PQR's del primer semestre de 2019		0,29	0,15
				Evaluar y presentar el informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y atención al Ciudadano para publicación en la web, en los términos del artículo 5° del Decreto N° 2641 de 2012	3	Abril, Agosto, Diciembre de 2019	Asesor Control Interno	2	La oficina de control interno presentó y publico en la pagina web de la ESE el segundo informe de seguimiento al plan anticorrupción		0,29	0,20
				Diligenciar y presentar la evaluación del Control Interno Contable en la plataforma CHIP de la Contaduría General de la Nación, en los términos de la Resolución N° 357 de 2008	1	28/02/2019	Asesor Control Interno	1	La oficina de control interno realizo la evaluación del Sistema de Control Interno Contable y su respectivo reporte		0,29	0,29
				Reportar a la Dirección Nacional de Derechos de Autor DNDA el cumplimiento de las normas en materia de derechos de autor sobre uso y disposición final de software	1	Marzo de 2019	Asesor Control Interno	1	La oficina de control interno realizó el reporte de derechos de Autor a la Dirección Nacional pertinente		0,29	0,29
				Realizar auditorías internas de procesos, elaborar los planes para cada una de ellas, presentar los informes y hacer seguimiento a los planes de mejoramiento resultado de ellas	3	Abril, Julio, Octubre de 2019	Equipo Auditor	2	La oficina de control interno realizo dos (2) auditorias internas a Sistema de información y talento humano		0,29	0,20
				Evaluar y hacer seguimiento a planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría Departamental del Huila, Secresalud, Supersalud y demás órganos de control y vigilancia	2	Julio de 2018	Asesor Control Interno	1	El día 09 de abril de 2019 se presento el seguimiento al plan de mejoramiento de la SUPERSALUD a la unidad funcional del SIAU		0,29	0,15
				Elaborar y presentar el informe de austeridad del gasto público en los términos de la Directiva Presidencial N° 06 de 2014	4	Marzo, Junio, Septiembre, Diciembre de 2019	Asesor Control Interno	3	La oficina de control interno elaboro y presento el segundo informe de austeridad del gasto		0,29	0,2175
				Revisar la efectividad y la aplicación de controles a riesgos y las actividades de monitoreo a los riesgos claves de la ESE	100%	01/01/31/12/2019	Asesor Control Interno	0%	Pendiente		0,29	0,00
Modelo Integrado de Planeación y Gestion												

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019

METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/ INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
3				Realizar seguimiento y evaluación a la ejecución de los Planes de Mejoramiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, generando el respectivo informe trimestral	4	01/01/31/12/2019	Líder de las Dimensiones del MIPG	3	Los líderes de las Dimensiones del MIPG realizaron el seguimiento a los planes de mejoramiento	10	0,29	0,2175
				Realizar la revisión, análisis y actualización de los manuales de procedimientos, guías medicas y protocolos	100%	Enero a Diciembre de 2019	Líder de procesos	75%	Los líderes de procesos han venido revisando, analizando y ajustando los manuales de procedimientos		0,30	0,23
	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥0.95	Elaborar, adoptar y publicar en la pagina web de la ESE el Plan de Acción o Táctico 2019	1	Enero 31 de 2019	Gerente y equipo de trabajo del Plan.	1	La gerencia y equipo de trabajo del plan elaboro, adoptó y publicó en la pagina web de la ESE el Plan de Acción 2019	1,11	1,11		
			Realizar el seguimiento y evaluación a los indicadores y metas del Plan de Gestión y a la ejecución del Plan de Acción y presentar los informes a la Gerencia	3	20/04/20/07/20/10/2019	Subdirectores, responsables de procesos y profesional de apoyo	3	Se realizó el informe de gestión del III trimestre de 2019	1,11	1,11		
			Realizar la evaluación de la gestión gerencial de 2018, presentando el informe a los miembros de Junta Directiva para la evaluación del Gerente 2018	1	20/03/2019	Gerente, Subdirectores y personal profesional de apoyo	1	El Gerente y demás, realizó el informe de gestión gerencial 2018 y lo sometió a consideración de la Junta Directiva	1,11	1,11		
			Realizar la actualización, adopción, socialización y publicación del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano 2019	1	31/01/2019	Líder de Planeación	1	El líder de Planeación realizó la actualización del Plan Anticorrupción y lo publico en la pagina web de la ESE	1,11	1,11		
			Realizar la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Anticorrupción y presentar los informes a la gerencia	3	30/04/31/08/31/12/2019	Líder de Planeación	2	La oficina de planeación presentó el segundo informe de ejecución del Plan Anticorrupción 2019	1,11	0,74		
			Realizar la rendición de cuentas a la ciudadanía de la gestión gerencial de la vigencia fiscal de 2018 , publicar los resultados en la pagina web y remitirlos igualmente a la Superintendencia Nacional de Salud	1	Abril 26 de 2018	Gerente y los Subdirectores Científico y Administrativo	1	La Rendición de cuentas se realizó el día 26 de Abril de 2019 en la ciudad de Garzon.	1,11	1,11		
			Ejecutar y evaluar el Plan Anual de Adquisiciones	≥ 0.90	01/01 /31/12/2019	Subdirector Administrativo	≥ 0.81	Según el informe de Almacén al cierre de Septiembre 30 de 2019, la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones alcanzo el 81% de lo programado para la vigencia fiscal	1,11	0,83		
			Ejecutar el Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura y dotación	1	01/01 /31/12/2019	Subdirector Administrativo	73,9%	En el III trimestre se logro una ejecución del 73,9% del Plan de mantenimiento Hospitalario	1,11	0,83		
Realizar la gestión de proyectos para el mejoramiento de servicios de la ESE	2	01/01 /31/12/2019	Líder de Planeación	2	La ESE gestiono el proyecto de compra de equipos biomédicos para la UCI adultos y adquisición ambulancia medicalizada	1,11	1,112					

16,4 20 100



81,8

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019
METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018
RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/ INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
	4	Riesgo fiscal y financiero	Categorizada Sin Riesgo	Mejorar e incrementar la facturación anual de la ESE	≥ 2%	01/01 /31/12/2019	Líder de Facturación	22%	La Unidad Funcional de Facturación reporta que se logra incrementar la facturación en el 22% en el III trimestre de 2019, frente a lo programado.	5	0,42	0,31
				Radicar mensualmente el 100% de las cuentas de cobro por facturación generadas por la ESE	100%	Enero a Diciembre de 2018	Líder de Facturación	97,3%	Durante el III trimestre de 2019, la oficina de facturación logro radicar el 97,3% de la facturación realizada en el periodo.		0,42	0,31
				Mantener el costo y gastos administrativos de operación del área de facturación	≤ 4%	Trimestral	Líder de Facturación	≤ 3,8%	En la aplicación del plan de racionamiento del gasto publico la oficina de facturación logró reducir los cotos y gastos en el III trimestre 3,8%		0,42	0,31
				Realizar el trámite en Dinámica Gerencial de envío a EPS de respuesta a objeciones dentro del tiempo establecido en normatividad vigente.	≥ 90%	medición mensual	Coordinador de UF Auditoria Médica	97,7%	La oportunidad del tramite de envío a EPS de respuestas a objeciones durante el III trimestre de 2019 fue de 97,7%		0,42	0,31
				Realizar el trámite en Dinámica Gerencial de envío a EPS de respuesta a devoluciones con sus respectivos soportes completos (RIPS, cuenta de cobro, facturas) en el siguiente corte de radicación	≥ 85%	medición mensual	Coordinador de UF Auditoria Médica	98,8%	La oportunidad del tramite de envío a EPS de respuestas a devoluciones durante el III trimestre de 2019 fue de 98,8%		0,42	0,31
				Realizar las conciliaciones mensuales programadas con EPS a través de los diferentes medios: presencial, vía skipe, correo electrónico, llamada	≥ 90%	Medición mensual	Coordinador de UF Auditoria Médica	95,2%	Las conciliaciones mensuales realizadas con las EPS, en el III trimestre de 2019 fue del 95,2%		0,42	0,31
				Realizar la conciliación de la información contable con cartera, facturación, almacén, nomina, tesorería y presupuesto, reportando a los mismos las inconsistencias de la información	12	Mensual	Profesional Universitario Contadora	9	La Contadora realizó la conciliación de la información contable con cartera, facturación, almacén, nomina, tesorería y presupuesto		0,42	0,31
				Elaborar y publicar los estados financieros bajo el nuevo marco técnico normativo	4	Trimestral	Profesional Universitario Contadora	3	Contabilidad elaboró y publicó los estados financieros del III trimestre de 2019		0,42	0,31
				Conciliar estados de cuentas con proveedores para depuración de cuentas por pagar	100%	Enero a Diciembre de 2019	Profesional Universitario Contadora	75%	Se circularizaron a 36 Proveedores, con respuesta oportuna de 20, sin observaciones		0,42	0,31
				Conciliar operaciones reciprocas para cumplimiento de normatividad	100%	Enero a Diciembre de 2019	Profesional Universitario Contadora	75%	Durante el III trimestre se realizó conciliación reciproca con el Servicio Nacional de Aprendizaje, con actas de evidencia		0,42	0,31

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019

METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/ INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO	
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción		Resultado
				Elaborar, analizar y presentar a gerencia los informes de costos para la toma de decisiones	12	Mensual	Contratista responsable del modulo de costos	9	La responsable de costos realizó y envió a la gerencia los informes mensuales de costos		0,42	0,31	
				Realizar el seguimiento y evaluación del indicador Índice de Riesgo Fiscal y Financiero de la ESE	12	Mensual	Profesional de Apoyo a la gestión	9	El Profesional de Apoyo realizó la evaluación mensual del índice de riesgo fiscal y financiero y lo envió a la Subdirección Administrativa		0,41	0,31	
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	< 0,96	Realizar seguimiento, análisis y generar los reportes de producción de la ESE, presentando los informes correspondiente a la Subdirección Administrativa	4	Trimestral	Coordinador de Sistema de Información	3	La Coordinación de sistemas realizó el seguimiento y análisis de la producción de la ESE del III trimestre de 2019	5	2,50	1,88	
				Realizar el seguimiento y evaluación del indicador de la evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo, presentando los informes correspondientes	4	Trimestral	Profesional de Apoyo a la gestión	3	El Profesional de Apoyo realizó el seguimiento y evaluación del indicador Evolución del Gasto por unidad de valor relativo del III Trimestre de 2019		2,50	1,88	
	6	Proporción de medicamentos y material medico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	> 0,70	Realizar la gestión de compra de medicamentos para los diferentes servicios de la ESE	100%	Enero a Diciembre de 2019	Líder Farmacia	99,1%	El líder de Farmacia realizo la gestión de compra de medicamentos del III trimestre de 2019, el cual logro una ejecución del 99,1% de los recursos inicialmente programados para la vigencia fiscal.	5	2,50	1,88	
				Realizar la gestión de compra de material medico quirúrgico para los diferentes servicios de la ESE	100%	Enero a Diciembre de 2019	Líder Farmacia	99,7%	El líder de Farmacia realizo la gestión de compra de material medico quirúrgico del III trimestre de 2019, el cual alcanzó una del 99,7% de los recursos inicialmente programados para la vigencia fiscal		2,50	1,88	
					Actualizar, socializar y publicar en la pagina web de la ESE, el Plan Estratégico de Talento Humano, el cual incluye el Plan de previsión de recursos humanos y Plan Anual de Vacantes, entre otros ítems.	1	Enero 31 de 2019	Líder de Talento Humano	1	La oficina de talento humano realizó la actualización y publicación del Plan Estratégico de Talento Humano		1,00	1,00

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019

METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/ INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO	
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción		Resultado
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero (0) o variación interanual negativa	Ejecutar y evaluar el Plan Estratégico de Talento Humano y presentar los informes trimestrales de su ejecución.	4	Trimestral	Líder de Talento Humano	3	En el III trimestre se dio continuidad con la ejecución del Plan de Bienestar Social, el programa de capacitación, el programa de inducción y las actividades inherentes con el desarrollo de talento humano, todo ello enmarcado dentro del Plan Estratégico de Talento Humano.	5	1,00	0,75	
				Actualizar, socializar y Publicar el Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo	1	Enero 31 de 2019	Líder de Salud y Seguridad en el trabajo	1	Se realizó la actualización, socialización y publicación del Plan Anual de Salud y seguridad en el trabajo		1,00	1,00	
				Ejecutar y evaluar el Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo y presentar los informes trimestrales de su ejecución	4	Trimestral	Líder de Salud y Seguridad en el trabajo	3	La Unidad Funcional de Salud y Seguridad en el Trabajo, dio continuidad con el cumplimiento eficaz con la ejecución de las acciones programadas en el Plan anual de Salud y Seguridad en el Trabajo		1,00	0,75	
				Realizar la ejecución y seguimiento del Plan de Trabajo Anual del Sistema de Gestión Ambiental, presentando los informes trimestrales correspondientes	4	Trimestral	Líder gestión ambiental	3	La líder de gestión ambiental dio continuidad con el seguimiento y evaluación de las acciones programadas en el Plan de gestión ambiental		1,00	0,75	
	8	Utilización de información del Registro Individual de Prestaciones - RIPS	4	Realizar la validación y generar los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) y la información complementaria para los informes RIPS para la Junta Directiva	4	Trimestral	Coordinador de Sistemas	3	El Coordinador de Sistema realizó la generación de los RIPS e información complementaria	5	2,50	1,88	
				Preparar y procesar la información para los informes de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y presentar los informes trimestrales a la Gerencia y Junta Directiva	4	Trimestral	Profesional de Apoyo a la gestión	3	Se realizó la elaboración y presentación a la Junta Directiva el informe RIPS del III trimestre de 2019		2,50	1,88	
					Realizar la gestión y control a la ejecución presupuestal, generando mensualmente los indicadores presupuestales, realizar el seguimiento permanente e informar al ordenador del gasto sobre la ejecución del mismo	12	01/01/31/12/2019	Líder de presupuesto	9	La oficina de presupuesto realizó gestión y control a la ejecución presupuestal de la ESE, generando los indicadores e informes mensuales correspondientes		0,50	0,38

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019

METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/ INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥0,96	Realizar mensualmente la conciliación de la información presupuestal con Contabilidad, Cartera y Facturación	12	01/01/31/12/2019	Líder de presupuesto	9	La oficina de Presupuesto realizó mensualmente la conciliación de la información presupuestal con contabilidad, cartera y facturación	5	0,50	0,38
				Preparar y realizar el envío oportuno de los informes de ejecución presupuestal a los entes de control, según calendario establecido	100%	01/01/31/12/2019	Líder de presupuesto	100%	La oficina de presupuesto preparó y realizó el envío oportuno de los informes presupuestales a los órganos de control		0,50	0,38
				Realizar mensualmente la gestión de cobro de la cartera ante las EAPB para el recaudo y pago oportuno de las obligaciones de la ESE	12	01/01/31/12/2019	Gerente y líder de Cartera	9	El Gerente y la líder de Cartera, realizaron la gestión oportuna del cobro de la cartera que adeudan a la ESE		0,50	0,38
				Realizar las gestiones de negociación de cartera ante las empresas administradoras de planes de beneficio	12	Mensual	Gerente y líder de Cartera	9	Informe de julio a septiembre: Se realiza acuerdos de pago según mesas de trabajo del 22 y 23 de agosto. con las siguientes entidades: Comfamiliar \$1.800 millones, AsmetSalud \$1.044 millones, Tolihuala \$112 millones, emsanar \$34 millones, AIC \$1 millón. Para un total de \$2.993 millones. *Se recaudaron en los meses de julio a septiembre \$12.316 millones, adicionales a lo acordado en las mesas de trabajo.		0,50	0,38
				Depurar, sanear y realizar seguimiento a la cartera de la ESE, aplicando el art. 9 de la ley 1797 de junio 2016 y preparar informe	4	Trimestral	Líder de Cartera y Comité y contabilidad	3	Se realizó el reporte de la circular 030 de 2013, en ASISPRO sobre la cartera que adeudan los diferentes pagadores y se logró depurar 17 entidades del régimen contributivo, subsidiado, régimen especial.		0,50	0,38
				Realizar seguimiento al pago de las conciliaciones suscritas con las EAPB, presentando los informes respectivos	4	Trimestral	Líder de cartera y Auditoría de cuentas	3	Generalmente se esta realizando cobro de las objeciones aceptadas por las EAPB dentro de la cartera general.		0,50	0,38

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019

METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/ INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO	
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción		Resultado
				Realizar la conciliación mensual de información de cartera con contabilidad, presupuesto y auditoría de cuentas	12	Mensual	Líder de cartera	9	La líder de cartera realizó la conciliación mensual de la información con contabilidad, presupuesto y auditoría de cuentas		0,50	0,38	
				Preparar y realizar el envío oportuno de los diferentes informes de cartera a los órganos de control	12	Mensual	Líder de cartera	9	La líder de cartera realizó la preparación y envío oportuno de los informes mensuales de cartera a los órganos de control		0,50	0,38	
				Realizar las gestiones de seguimiento a los diferentes procesos de acción jurídica contra EAPB, requiriendo los informes correspondientes para la toma de decisiones	4	Trimestral	Líder de cartera	3	Se realiza seguimiento, se solicita informes y se revisa el estado de los procesos en la página web de la Rama judicial.		0,50	0,38	
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Reporte Oportuno	Realizar la preparación, procesamiento, reporte y envío en los términos de ley a la Supersalud la información de la Circular Única.	12	Mensual	Coordinador de Sistemas y Gestión de Calidad	9	La oficina de Calidad y la de Sistema de Información realizan la preparación y envío oportuno de la información mensual a la Superintendencia Nacional de Salud.	5	5,00	3,75	
					Realizar la preparación, procesamiento, reporte y envío en los términos de ley a la Secretaría Departamental de Salud, la información del Decreto 2193 de 2004	4	Trimestral	Subdirección Administrativa y Coordinador de Sistemas	3	La Subdirección Activa y la oficina de sistema de información realizó la preparación y envío oportuno a la Secretaría de Salud Departamental la información del Decreto 2193 de 2004		1,25	0,94
					Actualizar, socializar y publicar en la página web de la ESE, el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI, el cual incluye el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Infraestructura de la Tecnología.	1	Enero 31 de 2019	Coordinador del Sistema de Información	1	La oficina de Sistema realizó la actualización, adopción y publicación en la página web de la ESE el Plan Estratégico de Tecnología de Información		1,25	1,25

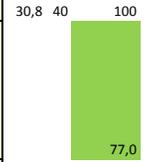
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019

METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/ACTIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIENTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
	11	compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Reporte Oportuno	Ejecutar y evaluar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI, presentando los informes trimestrales de su ejecución	4	Trimestral	Coordinador del Sistema de Información	3	En el III trimestre se trabajo en la implementación de Sistema de Análisis de Tráfico de Red y Monitoreo de Infraestructura de Telecomunicaciones de Software, actualización, articulación e Integración de los Aplicativos, actualización inventarios de activos de información, entre otros	5	1,25	0,94
				Ejecutar y evaluar la ejecución del Plan Institucional de Archivo PINAR y las acciones del programa de gestión documental 2019 y presentar el respectivo informe trimestral	4	Trimestral	Subdirección Administrativa	3	La ESE dio cumplimiento con lo programado en el Plan Institucional de Archivos (PINAR) y el Programa de Gestion Documental (PGD)		1,25	0,94
	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	≥ 0,91	Realizar auditoría de adherencia de la Guía de manejo específica para Hemorragias III trimestre en gestantes y generación de planes de mejora según hallazgos	2	Semestral	Medico de epidemiologia	1	Durante el I semestre la auditoría Médica reportó de 30 casos de hemorragia del tercer trimestre de la gestación, de los cuales 10 Historias Clínicas aplicaron para la evaluación, siendo auditadas en su totalidad, las cuales en su totalidad cumplieron con la aplicación estricta de la guía	7	1,75	1,31
				Realizar auditoría de adherencia a la Guía de manejo específica para trastornos hipertensivos en gestantes y generación de planes de mejora según hallazgos	2	Semestral	Medico de epidemiologia	1	Durante el I semestre la auditoría Médica reportó de 85 casos de pacientes con trastornos hipertensivos en el embarazo, de los cuales se determino una muestra de 79 casos, quienes una vez auditados se evidenció que en 75 casos se le dio aplicación estricta de la guía correspondiente.		1,75	1,31
				Realizar socialización o resocialización con el personal medico, de la Guía de manejo específica para Hemorragia III trimestre o Trastornos Hipertensivos en gestantes	1	Enero 31 de 2019	Coordinador de Urgencias	1	La coordinación de urgencias realizó la socialización de la Guía de manejo específica para Hemorragia III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes		1,75	1,75



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019

METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/ INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/ AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	Resultado
CLÍNICA O ASISTENCIAL				Realizar evaluación de conocimiento de la Guía de manejo específica para Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	1	31/03/2019	Coordinador de Urgencias	1	La coordinación de urgencias realizó la evaluación de conocimiento de la Guía de manejo específica para Hemorragia III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes		1,75	1,75
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de Egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥ 0,95	Realizar auditoría de historias clínicas de la primera causa de egreso hospitalario y medir la adherencia a la guía.	2	Semestral	Auditoría concurrente y Coordinación médica	1	Durante el I Semestre de 2019, la Auditoría Médica evidenció 765 atenciones de parto, con una muestra aleatoria de 67 historias clínicas, las cuales una vez auditadas se logró determinar que en 61 eventos se dio aplicación estricta de la guía.	5	5,00	3,75
	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	≥ 0,92	Realizar auditoría de historias clínicas para medir la oportunidad en la realización de Apendicectomía con seguimiento diario	12	Mensual	Auditor médico y Coordinación de urgencias	9	El III trimestre se identificaron 164 Apendicectomías realizadas en la ESE, de las cuales 158 se realizaron antes de las 6 horas de diagnosticadas, cuya oportunidad estuvo por encima del 96,3%	5	5,00	3,75
	15	Número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Cero (0) o variación negativa	Realizar auditoría a la adherencia a la guía institucional de atención a pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía broncoaspirativa y generación de planes de mejora según hallazgos	4	Trimestral	Medico de epidemiología	3	Según el informe de auditoría, durante el III trimestre de 2019, no se presentaron casos de Neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la ESE	5	5,00	3,75
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	≥ 0,94	Realizar auditoría de historias clínicas para medir la oportunidad en la atención en el manejo del Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	4	Trimestral	Auditora concurrente	3	En el III trimestre se identificaron 81 casos de diagnóstico de Infarto Agudo, excluyéndose 33 casos que no cumplieron criterios, determinándose que en 48 casos con el diagnóstico se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico, para una oportunidad del 100%	5	1,67	1,25
			Socializar con el personal médico la Guía de manejo del Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	1	Enero 31 de 2019	Coordinación de urgencias	1	La coordinación de urgencias realizó la socialización de la Guía de manejo de Infarto Agudo de Miocardio	1,67		1,67	

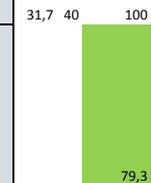
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

PLAN DE ACCIÓN O TÁCTICO - METAS PROGRAMADAS 2019

METODOLOGÍA: Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

RECURSOS DEL PLAN PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA FISCAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META/ INDICADOR 2019	ACTIVIDADES	META/AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 30 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
				Evaluar el conocimiento de la Guía manejo del Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	1	Marzo 31 de 2019	Coordinación de urgencias	1	La coordinación de urgencias realizo la evaluación de conocimiento de la Guía de manejo de Infarto Agudo de Miocardio		1,66	1,66
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	1,00	Realizar la búsqueda activa institucional semanal de eventos relacionados con mortalidad mayor a 48 horas de ingreso mediante revisión de registros de control y plataforma RUAF-ND.	100%	Trimestral	Medico de epidemiologia	100%	La ESE realizó semanalmente la búsqueda activa de los eventos relacionados con la mortalidad mayor de 48 horas.	5	2,50	1,88
				Realizar auditoria a historias clínicas y unidad de análisis de los casos de mortalidad mayor a 48 horas de ingreso, generando los informes trimestrales correspondientes	4	Trimestral	Medico de epidemiologia	3	Durante el III trimestre se registraron un total de 27 defunciones mayores a 48 horas, las cuales fueron analizadas en su totalidad en el comité de mortalidad		2,50	1,88
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	≤ 4,5	Medir el indicador de Oportunidad en la atención de consulta de Pediatría y realizar las acciones de mejoramiento en caso de desviación del mismo	4	Trimestral	Gestión de calidad	3	En el III trimestre se obtuvo una sumatoria de días de 5.331 y un numero total de consultas de pediatría de 1.234, para una oportunidad de 4,3 días	3	3,00	2,25
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.	≤ 4,0	Medir el indicador de Oportunidad en la atención Gineco-obstétrica y realizar las acciones de mejoramiento en caso de desviación del mismo	4	Trimestral	Gestión de calidad	3	En el II trimestre se obtuvo una sumatoria de días de 2.875 y un numero total de consultas de Ginecoobstetricia de 718, para una oportunidad de 4,0 días	3	3,00	2,25
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤ 11	Medir el indicador de Oportunidad en la atención de Medicina Interna y realizar las acciones de mejoramiento en caso de desviación del mismo	4	Trimestral	Gestión de calidad	3	En el II trimestre se obtuvo una sumatoria de días de 20.020 y un numero total de consultas de Medina Interna de 2.074, para una oportunidad de 9,7 días	2	2,00	1,50
								100		100,00	78,87	



NESTOR JHALYL MONROY ATÍA

Gerente

Preparó: Grupo institucional Plan de Acción 2019

Garzón Huila, Octubre de 2019