

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	MARZO 31 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIEN TO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
				<b>Gestión de Calidad</b>								
				Realizar auditorías de procesos	24	Bimestral	Gestión de calidad	12	Se realiza auditorias a: Hospitalización, imágenes diagnosticas, centro de terapia, miao, urgencias, referencia y contrareferencia, vacunación, registro informe quirúrgico, resultados críticos, informe referencia, historias clínicas, uci neonatal	0,091	0,0455	
				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	0,091	0,0	
				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	1	La oficina de calidad realizó el evento de capacitación sobre el sistema obligatorio de garantía de la calidad del I trimestre	0,091	0,023	
				Realizar el seguimiento de los indicadores de calidad, Pamec y asistenciales del plan de Gestión 2018	4	Trimestral	Gestión de calidad	1	La oficina de calidad realizó el seguimiento y evaluación de los indicadores de calidad, Pamec y los asistenciales	0,091	0,023	
				Realizar mensualmente seguimiento a la realización de los comité de obligatorio cumplimiento (Asistenciales).	12	Mensual	Gestión de calidad	3	Se realizó el seguimiento mensual a la realización de los comités asistenciales	0,091	0,023	
				<b>Humanización en la asistencia hospitalaria</b>								
				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	3	Se realizó la difusión mensual del programa de humanización, mediante campañas, talleres y capacitaciones.	0,091	0,023	
				Medir la percepción de la humanización en los diferentes servicios de la ESE, emitiendo informe mensual	> 80%	Enero a Diciembre	Psicóloga de humanización	> 91,4	La medición de la percepción de humanización en el trimestre fue superior al 91%	0,091	0,023	
				Realizar el seguimiento y evaluación del programa de humanización mediante aplicación de test y realizar el informe semestral	2	Semestral	Psicóloga de humanización	0%	Pendiente	0,091	0,0	

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	MARZO 31 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE TO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
				<b>Seguridad del Paciente</b>								
				Realizar eventos de capacitación en seguridad del paciente a los servidores de la ESE, presentando informe mensual	12	mensual	Líder seguridad del paciente	3	Se realizaron los eventos de capacitación sobre seguridad del paciente	0,091	0,023	
				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	0%	Pendiente	0,091	0,0	
				Realizar la gestión y análisis mensual de los eventos adversos y generar el plan de mejora si aplica.	12	Mensual	Auditora concurrente	3	Se realizó la gestión mensual de los eventos adversos y se generó plan de mejora	0,091	0,023	
				Realizar la recopilación y registro de riesgos identificados en los diferentes servicios	12	Mensual	Gestión de calidad	3	Se realizó la recopilación y registro de los riesgos de los diferentes servicios	0,091	0,023	
				<b>Servicio de Atención al Usuario</b>								
				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	1.483	Durante el trimestre se aplicaron 1483 encuesta de satisfacción global	0,091	0,0245	
				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%	Se dio respuesta a las quejas y reclamos dentro de los términos de ley	0,091	0,023	
				Evaluar la adherencia al procedimiento de atención al usuario en la ventanilla preferencial, emitiendo el informe correspondiente	>= 90%	Semestral	Líder SIAU	0%	Pendiente	0,091	0,0	
				Realizar eventos de capacitación a los usuarios dejando constancia de lo actuado	12	Mensual	Líder SIAU	3	Se realizaron los eventos de capacitación mensual a los usuarios	0,091	0,023	
				Evaluar la adherencia al procedimiento de atención a madres gestantes emitiendo informe semestral	>= 90%	Semestral	Líder SIAU	0%	Pendiente	0,091	0,0	
				Realizar la promoción mensual del Portafolio de servicios de la ESE, emitiendo el informe correspondiente	12	Mensual	Líder de SIAU- Mercadeo	3	Se realizó la promoción mensual del portafolio de servicios	0,091	0,023	
				<b>Servicio de Urgencias</b>								
				Realizar seguimiento mensual a la oportunidad de TRIAGE II y establecer acciones de mejora frente a desviaciones	< 30 minutos	Mensual	Coordinador de Urgencias	27,8	La oportunidad del Triage II en el servicio de urgencias en el I trimestre fue de 27,8 minutos	0,091	0,023	
				Evaluar que se realice la Notificación a la Secretaria 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.	0,091	0,023	

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	MARZO 31 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	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	5	0,091	0,023				
				Realizar capacitaciones al personal médico en las principales patologías de atención y socialización de procesos administrativos.	12	Mensual	Coordinador de Urgencias	3	Se realizaron mensualmente los eventos de capacitación al personal medico		0,091	0,023				
				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	0%	Pendiente		0,091	0,0				
				Realizar auditoria de adecuado registro de historias clinicas de los diferentes servicios y de acuerdo a los hallazgos identificados formular el respectivo plan de mejoramiento	12	Mensual	Auditoria concurrente	3	Se realizaron las auditorias mensuales a los registro de historias clínicas y se generaron las acciones de mejora		0,091	0,023				
				<b>Servicios Ambulatorios</b>												
				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	1	La coordinación de consulta externa realizó el evento de socialización sobre procedimientos, guías y protocolos del I trimestre de 2019		0,091	0,023				
				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	3	Se realizó mensualmente la alimentación de la base de datos de las patologías tomadas y alteradas		0,091	0,023				
				Dar continuidad mensual con los comités de IAMI	12	Mensual	Coordinación IAMI y miembros del Comité	3	Se realizaron mensualmente los Comités IAMI		0,091	0,023				
				Realizar eventos de capacitación y retroalimentación de los 10 pasos IAMI al personal de la ESE.	12	Mensual	Coordinación IAMI y miembros del Comité	3	Se realizaron mensualmente los eventos de capacitación de los 10 pasos IAMI		0,091	0,023				
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	3	Se realizaron mensualmente los eventos de capacitación a gestantes, puerperas y lactantes en los 10 pasos IAMI	0,091	0,023									

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	MARZO 31 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIEN TO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
				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	1	Se realizó la capacitación a las redes de apoyo institucional (FAMI)	0,091	0,023	
				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	3	Se dio continuidad mensual al Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	0,091	0,023	
				Proporción de nacidos vivos a quienes se les brinda acceso al registro civil emitidos por la ESE.	≥ 90%	Mensual	Coordinación IAMI y Registro civil	90%	Se le brindó el acceso al registro civil al 90% de los niños nacidos vivos en la ESE	0,091	0,023	
				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	1	Se realizó la aplicación mensual de lista de chequeo para evaluar adherencia de procedimientos de terapia ambulatoria	0,091	0,023	
				<b>Sala de Partos</b>								
				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	0%	Pendiente	0,091	0,0	
				Realizar la Socialización de Protocolos asistenciales básicos de sala de partos	4	Trimestral	Responsable de Sala de Partos	1	Se realizo la socialización de protocolos asistenciales básicos de sala de partos	0,091	0,023	
				Aplicar listas de chequeo mensual para evaluación de adherencia a los protocolos de Enfermería. Emitir informe trimestral	4	Trimestral	Responsable de Sala de Partos	1	Se aplico lista de chequeo mensual de evaluación de adherencia a protocolos de enfermería	0,091	0,023	
				<b>Cirugía</b>								
				Socialización de protocolos y Procedimientos del Servicio de Cirugía. Realizar pre y post test	4	Trimestral	Responsable de Cirugía	1	Se realizo la socialización de protocolos y procedimientos de cirugía	0,091	0,023	
				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	0%	Pendiente	0,091	0,0	
				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 I trimestre de 2019 no se presentaron cancelación de cirugía atribuibles a la ESE	0,091	0,023	
				<b>Hospitalización</b>								

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	MARZO 31 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIEN TO	
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción		Resultado
DIRECCIÓN Y GERENCIA				Realizar jornadas de socialización de los manuales de procedimientos de enfermería. Realizar el pre y post test.	4	Trimestral	Coordinación de enfermería	1	Se realizó jornada de socialización de manuales de procedimiento de enfermería.	0,091	0,023		
				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	1	Se aplico mensualmente la lista de chequeo de evaluación de adherencia al procedimiento de administración de medicamentos	0,091	0,023		
				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	1	Se realizó la evaluación de adherencia al protocolo de lavado de manos	0,091	0,023		
				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	1	Se aplicó la lista de chequeo de evaluación de adherencia de protocolos de enfermería	0,091	0,023		
				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	1	Se aplicó la lista de chequeo de evaluación de adherencia de protocolos de terapia y rehabilitación	0,091	0,023		
				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	1	Se aplicó la lista de chequeo de evaluación de adherencia de protocolos de enfermería	0,091	0,023		
				<b>Apoyo diagnóstico y Terapéutico</b>									
				Capacitar a funcionarios en protocolos y procedimientos del servicio farmacéutico	4	Trimestral	Químicos Farmacéuticos	1	Se realizó la capacitación en protocolos y procedimientos del servicio farmacéutico	0,091	0,023		
				Socializar el Manual de Buenas Practicas de elaboración	2	Semestral	Químicos Farmacéuticos	0%	Pendiente	0,091	0,0		
				Realizar eventos de capacitación en seguridad alimentaria para las auxiliares de nutrición. Realizar pre y post	4	Trimestral	Coordinadora área de Alimentos	1	Se realizó el evento de capacitación en seguridad alimentaria	0,091	0,023		
				Realizar listas de chequeo para medir adherencia a proceso institucional de seguridad alimentaria. Emitir informe trimestral	4	Trimestral	Coordinadora área de Alimentos	1	Se aplicó lista de chequeo de medición de adherencia al proceso institucional de seguridad alimentaria	0,091	0,023		

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	MARZO 31 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIEN TO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
				Medir la oportunidad entrega de resultados de servicios de imagenología y diagnóstico general- Radiología, Tomografía y mamografía ambulatoria	<=5 días	Enero a Diciembre de 2019	Coordinador diagnósticas imágenes	4,6 días	La oportunidad en la entrega de resultados de imagenología fue de 4,6 días		0,091	0,023
				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	4,1 días	La oportunidad en la entrega de resultados de imagenología en el servicio de urgencias fue de 4,1 días		0,091	0,023
				Actualización de manual de procedimientos de laboratorio clínico	1	Marzo de 2019	Coordinador Laboratorio Clínico	1	Se realizó la actualización del Manual de Procedimientos del Laboratorio Clínico		0,091	0,091
				Realizar eventos de capacitación en procedimientos de laboratorio clínico y evaluar con pre test y post test.	12	Mensual	Coordinador Laboratorio Clínico	3	Se realizaron los eventos de capacitación programados en el periodo		0,091	0,023
				<b>Gestión Logística</b>								
				Realizar eventos de capacitación para el personal de la Central de esterilización en buenas practicas.	4	Trimestral	Coordinadora de la Central de Esterilización	1	Se realizó el evento de capacitación en buenas practicas de esterilización		0,091	0,023
				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	1	Se aplicó lista de chequeo de evaluación de adherencia al procedimiento de buenas practicas de esterilización		0,086	0,023
				<b>Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC)</b>								
				Realizar los comités del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud	12	Mensual	Gestión de calidad	3	Se realizaron los Comités mensuales del PAMEC		0,294	0,0735
				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	0%	Pendiente		0,294	0,0
				<b>Sistema de Control Interno</b>								
				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		0,294	0,294
				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	0%	Pendiente		0,294	0,0

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	MARZO 31 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	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	5	0,294	0,294
				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		0,294	0,294
				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 9º de la Ley 1474 de 2011	3	Marzo, Julio, Noviembre de 2019	Asesor Control Interno	1	La oficina de control interno realizó y publico el informe pormenorizado del sistema de control interno		0,294	0,098
				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 76º de la Ley 1474 de 2011	2	Junio, Diciembre de 2019	Asesor Control Interno	0%	Pendiente		0,294	0,0
				Evaluar y presentar el informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y atención al Ciudadano para publicación en la web, en los términos del artículo 5º del Decreto N° 2641 de 2012	3	Abril, Agosto, Diciembre de 2019	Asesor Control Interno	0%	Pendiente		0,294	0,0
				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		0,294	0,294
				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		0,294	0,294
				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	0%	Pendiente		0,294	0,0
				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	0%	Pendiente		0,294	0,0

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	MARZO 31 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIENTO				
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción		Resultado			
				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	1	La oficina de control interno elaboro y presento el informe de austeridad del gasto		0,294	0,0735				
				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		0,294	0,0				
				<b>Modelo Integrado de Planeación y Gestion</b>												
				Realizar seguimiento y evaluación a la ejecución de los Planes de Mejoramiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestion, generando el respectivo informe trimestral	4	01/01/31/12/2019	Líder de las Dimensiones del MIPG	1	Los lideres de las Dimensiones del MIPG realizaron el seguimiento a los planes de mejoramiento		0,294	0,0735				
				Realizar la revisión, análisis y actualización de los manuales de procedimientos, guías medicas y protocolos	100%	Enero a Diciembre de 2019	Líder de procesos	0%	Pendiente		0,296	0,0				
	3	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	10	1,111	1,111				
				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	1	Se realizó el informe de gestión del I trimestre de 2019		1,111	0,370				
				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		1,111	1,111				
				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		1,111	1,111				
				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	1	La oficina de planeación presentó el informe de ejecución del Plan Anticorrupción 2019		1,111	0,370				
				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	0%	Pendiente		1,111	0,0				



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	MARZO 31 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIENTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
				Ejecutar y evaluar el Plan Anual de Adquisiciones	≥ 0.90	01/01 /31/12/2019	Subdirector Administrativo	< 68%	Según el informe de Almacén al cierre de Marzo 31 de 2019, la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones alcanzo el 68% de lo programado para la vigencia fiscal		1,111	0,278
				Ejecutar el Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura y dotación	1	01/01 /31/12/2019	Subdirector Administrativo	39,6%	En el I trimestre se logro ejecutar el 39,6% del Plan de mantenimiento Hospitalario		1,111	0,278
				Realizar la gestión de proyectos para el mejoramiento de servicios de la ESE	2	01/01 /31/12/2019	Líder de Planeación	1	La ESE gestiona el proyecto de compra de equipos biomédicos para la UCI adultos		1,112	0,556
				Mejorar e incrementar la facturación anual de la ESE	≥ 2%	01/01 /31/12/2019	Líder de Facturación	11.7%	En el I trimestre de 2019, se logró incrementar la facturación en un 11.7% frente a lo programado inicialmente		0,417	0,104
				Radicar mensualmente el 100% de las cuentas de cobro por facturación generadas por la ESE	100%	Enero a Diciembre de 2018	Líder de Facturación	25%	Durante el I trimestre de 2019, la oficina de facturación logro radicar el 97,4% de la facturación realizada en el periodo.		0,417	0,104
				Mantener el costo y gastos administrativos de operación del área de facturación	≤ 4%	Trimestral	Líder de Facturación	≤ 2%	En la aplicación del plan de racionamiento del gasto publico la oficina logro reducir los cotos en un 2%		0,417	0,104
				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 Auditoría Médica	0%	Pendiente		0,417	0,0
				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 Auditoría Médica	0%	Pendiente		0,417	0,0
				Realizar las conciliaciones trimestrales programadas con EPS a través de los diferentes medios: presencial, vía skype, correo electrónico, llamada	≥ 90%	medición trimestral	Coordinador de UF Auditoría Médica	0%	Pendiente		0,417	0,0

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	MARZO 31 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
	4	Riesgo fiscal y financiero	Categorizado a Sin Riesgo	Realizar la conciliación de la información contable con cartera, facturación, almacén, nómina, tesorería y presupuesto, reportando a los mismos las inconsistencias de la información	12	Mensual	Profesional Contadora Universitario	3	La Contadora realizó la conciliación de la información contable con cartera, facturación, almacén, nómina, tesorería y presupuesto	5	0,417	0,104
				Elaborar y publicar los estados financieros bajo el nuevo marco técnico normativo	4	Trimestral	Profesional Contadora Universitario	1	Contabilidad elaboró y publicó los estados financieros del I trimestre de 2019		0,417	0,104
				Conciliar estados de cuentas con proveedores para depuración de cuentas por pagar	100%	Enero a Diciembre de 2019	Profesional Contadora Universitario	25%	Se circularizaron a 38 Proveedores, con respuesta oportuna de 15, sin observaciones		0,417	0,104
				Conciliar operaciones recíprocas para cumplimiento de normatividad	100%	Enero a Diciembre de 2019	Profesional Contadora Universitario	25%	Se conciliaron con tres entidades públicas ICBF, SENA y MINSALUD, con Actas de evidencia		0,417	0,104
				Elaborar, analizar y presentar a gerencia los informes de costos para la toma de decisiones	12	Mensual	Contratista responsable del modulo de costos	3	La responsable de costos realizó y envió a la gerencia los informes mensuales de costos		0,417	0,104
				Realizar el seguimiento y evaluación del indicador Índice de Riesgo Fiscal y Financiero de la ESE	12	Mensual	Profesional de Apoyo a la gestión	3	El Profesional de Apoyo realizó la evaluación mensual del índice de riesgo fiscal y financiero y lo envió a la Subdirección Administrativa		0,413	0,104
	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	1	La Coordinación de sistemas realizó el seguimiento y análisis de la producción de la ESE del I trimestre de 2019	5	2,500	0,625
				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	1	El Profesional de Apoyo realizó el seguimiento y evaluación del indicador Evolución del Gasto por unidad de valor relativo del I Trimestre de 2019		2,500	0,625

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	MARZO 31 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIENTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
	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	50,60%	El líder de Farmacia realizo la gestión de compra de medicamentos del I trimestre de 2019, el cual alcanzó un avance del 50,6%	5	2,500	1,265
				Realizar la gestión de compra de material medico quirúrgico para los diferentes servicios de la ESE	100%	Enero a Diciembre de 2019	Líder Farmacia	57%	El líder de Farmacia realizo la gestión de compra de material medico quirúrgico del I trimestre de 2019, el cual alcanzó un avance del 57%		2,500	1,425
	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	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	5	1,00	1,00
				Ejecutar y evaluar el Plan Estratégico de Talento Humano y presentar los informes trimestrales de su ejecución.	4	Trimestral	Líder de Talento Humano	1	En el I trimestre se viene ejecutando el Plan de Bienestar Social, el planta de capacitación, el programa de inducción y las actividades inherentes con el desarrollo de talento humano.		1,00	0,25
				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	1	La Unidad Funcional de Salud y Seguridad en el Trabajo, dio cumplimiento eficaz con la ejecución de las acciones programas en el Plan anual de Salud y Seguridad en el Trabajo		1,00	0,25

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/AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	MARZO 31 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA				Realizar la ejecución y seguimiento del Plan de Trabajo Anual del Sistema de Gestión Ambiental, presentando los informes trimestrales correspondientes	4	Trimestral	01/01/1900	1	La Coordinación de sistemas realizó el seguimiento y evaluación de las acciones programadas en el Plan de acción 2019 anexo informe		1,00	0,25
	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	1	El Coordinador de Sistema realizó la generación de los RIPS e información complementaria	5	2,50	0,625
				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	1	Se realizó la elaboración y presentación a la Junta Directiva el informe RIPS del I trimestre de 2019		2,50	0,625
				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	3	La oficina de presupuesto realizó gestión y control a la ejecución presupuestal de la ESE, generando los indicadores e informes correspondientes		0,50	0,125
				Realizar mensualmente la conciliación de la información presupuestal con Contabilidad, Cartera y Facturación	12	01/01/31/12/2019	Líder de presupuesto	3	Se realizó mensualmente la conciliación de la información presupuestal con contabilidad, cartera y facturación		0,50	0,125
				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	0,125
				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	3	El Gerente y la líder de Cartera, realizaron la gestión oportuna del cobro de la cartera que adeudan a la ESE		0,50	0,125

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	MARZO 31 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE TO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥0,96	Realizar las gestiones de negociación de cartera ante las empresas administradoras de planes de beneficio	12	Mensual	Gerente y líder de Cartera	3	Se realizó acuerdos de pago según mesas de trabajo con las entidades Medimas \$1.204 millones, Asmet Salud \$351 millones, Tolihuilu \$245 millones, Comparta \$200 millones, AIC \$80 millones Ecoopsos \$ 34 millones. Para un total de \$2.117 millones y Comfamiliar Huila por \$4.700 millones Se recaudaron en los meses de enero a marzo \$3.795 millones, por cobros y notificaciones de deuda.	5	0,50	0,125
				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	1	Se depuraron 17 entidades del régimen contributivo, subsidiado, régimen especial.		0,50	0,125
				Realizar seguimiento al pago de las conciliaciones suscritas con las EAPB, presentando los informes respectivos	4	Trimestral	Líder de cartera y Auditoria de cuentas	1	Generalmente se esta realizando cobro de las objeciones aceptadas por las EAPB dentro de la cartera general.		0,50	0,125
				Realizar la conciliación mensual de información de cartera con contabilidad, presupuesto y auditoria de cuentas	12	Mensual	Líder de cartera	3	La líder de cartera realizó la conciliación de la información con contabilidad, presupuesto y auditoria de cuentas		0,50	0,125
				Preparar y realizar el envío oportuno de los diferentes informes de cartera a los órganos de control	12	Mensual	Líder de cartera	3	La líder de cartera realizó la preparación y envío oportuno de los informe de cartera a los órganos de control		0,50	0,125
				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	1	Se realiza seguimiento, se solicita informes y se revisa el estado de los procesos en la pagina web de la Rama judicial.		0,50	0,125

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	MARZO 31 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIEN TO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
	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	3	La oficina de Calidad y la Sistema de Información realizan la preparación y envío oportuno de la información a la Superintendencia Nacional de Salud.	5	5,00	0,125
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, 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	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	1	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	5	1,25	0,125
Actualizar, socializar y publicar en la pagina 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 pagina web de la ESE el Plan Estratégico de Tecnología de Información	1,25		1,25	
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	1	En el I trimestre se trabajo en la adquisición y reposición de equipos de computo, implementación del sistema de análisis de trafico de red y actualización de Software.	1,25		0,313	
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	1	La ESE viene dando cumplimiento con lo programado en el PINAR y el PGD	1,25		0,313	
				Realizar auditoría de adherencia de la Guía de manejo especifica para Hemorragias III trimestre en gestantes y generación de planes de mejora según hallazgos	2	Semestral	Medico de epidemiologia	0%	Pendiente		1,75	0,0

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	MARZO 31 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	≥ 0.91	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	0%	Pendiente	7	1,75	0,0
				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
				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	0%	Pendiente	5	5,00	0,0
	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	3	El I trimestre se identificaron 107 Apendicectomía, de las cuales 98 se realizaron antes de las 6 horas de diagnosticada, cuya oportunidad estuvo por encima del 91%	5	5,00	1,25
	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 epidemiologia	1	Según el informe de auditoria, durante el I trimestre de 2019, no se presentaron casos de Neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la ESE	5	5,00	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/AC TIVIDAD	FECHA/CUMPLIMIE NTO	RESPONSABLE	MARZO 31 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
CLÍNICA O ASISTENCIAL	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	1	En el I trimestre se identificaron 80 casos de diagnóstico de Infarto Agudo, excluyéndose 27 casos que no cumplieron criterios, determinándose que en 53 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	0,418
				Socializar con el personal medico la Guía de manejo del Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	1	Enero 31 de 2019	Coordinación de urgencias	1	La coordinación de urgencias realizo la socialización de la Guía de manejo de Infarto Agudo de Miocardio		1,67	1,67
				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	0,625
				Realizar auditoría 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	1	En el I trimestre se registraron un total de 24 defunciones mayores a 48 horas, las cuales fueron analizadas en su totalidad en el comité de mortalidad		2,50	0,625
	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	1	En el I trimestre se obtuvo una sumatoria de días de 4.821 y un numero total de consultas de pediatría de 1.112, para una oportunidad de 4,3 días	3	3,00	0,75



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	MARZO 31 DE 2019		VALORACIÓN		CUMPLIMIE NTO
								Logros	Observaciones	Indicador	Valor Acción	
	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	1	En el I trimestre se obtuvo una sumatoria de días de 3.126 y un numero total de consultas de Ginecoobstetricia de 787, para una oportunidad de 4,0 días	3	3,00	0,75
	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	1	En el I trimestre se obtuvo una sumatoria de días de 20.422 y un numero total de consultas de Medina Interna de 2.272, para una oportunidad de 9,0 días	2	2,00	0,50
										100	100	33,4

NESTOR JHALYL MONROY ATÍA

Gerente

Preparó: Grupo institucional Plan de Acción 2019

Garzón Huila, Enero 22 de 2019