

## **PE-02-011**

Valledupar, Marzo 20 de 2019

Señores

**HONORABLES MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA**

**HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ E.S.E.**

Ciudad

Referencia: Informe Indicador 3 Plan de Gestión: Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional, vigencia 2018.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 408 de 2018, el Plan de Gestión 2016-2020 y Plan de Desarrollo 2017-2020 *¡Con Salud por el Camino al Desarrollo!*, de manera respetuosa se presenta este informe, que busca informar el avance de los resultados alcanzados en la vigencia 2018 frente a las Metas del Plan Operativo Programadas para dar cumplimiento a los objetivos y metas estratégicas aprobadas por la honorable Junta Directiva de la ESE, como consta en el Acta N° 304 del 27 de Marzo de 2017 y su posterior ajuste al Plan de Desarrollo 2017-2020 según Acuerdo de Junta Directiva No. 334 del 31 de Julio de 2018.

De manera objetiva se evalúa el cumplimiento con corte a 31 de Diciembre de 2018 de las Metas del Plan Operativo vigencia 2018, documentando de manera individual cuantitativa y cualitativa las Metas de cada uno de los Proyectos a partir de la medición de los avances de las diferentes Líneas Estratégicas del Plan de Desarrollo de la E.S.E., para lo cual se han definido las Acciones que permitan su ejecución, de acuerdo con lo proyectado, así como el compromiso y mejoramiento de la gestión en los procesos involucrados, ya que es una herramienta fundamental que permite el seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo 2018-2020, a cargo de las Oficinas Asesoras de Planeación y Control Interno, en cada vigencia, además permite:

- Identificar los compromisos que asume la administración mediante la definición de Acciones que permitan mediante metas previamente definidas cumplir las acciones proyectadas para cada vigencia, en el marco del Plan de Desarrollo Institucional, cuatrienio 2017-2020.

- Propender por el mejoramiento de la Calidad en la prestación de los servicios de salud, fortaleciendo los procesos de mejoramiento continuo de la calidad y la satisfacción del usuario.
- Identificar y medir la eficacia de actividades realizadas, las cuales se encaminan a la búsqueda del cumplimiento de los lineamientos estratégicos establecidos por la entidad enfocada al cumplimiento de su Misión y Visión.
- Desarrollar estrategias de gestión mediante un manejo gerencial que apuntan a lograr la sostenibilidad financiera de la Institución.

La medición del desempeño institucional se realiza a través del seguimiento a los indicadores formulados al momento de planear los Proyectos de ejecución del Plan Operativo Anual de la E.S.E., para el año 2018, se formularon 73 actividades de dicho Plan Anual que parte de los Objetivos y Metas estratégicas definidos para cada una de las Cinco Líneas estratégicas del Plan de Desarrollo 2017-2020, en el seguimiento se muestra el avance frente a las Metas y Objetivos estratégicos aprobados para el Cuatrienio 2017 – 2020, correspondiente a la vigencia 2018 para lo cual el Señor Gerente y su Equipo de Trabajo en el marco de las Cinco (05) Líneas, Cinco (05) Objetivos Estratégicos, Siete (07) Metas Estratégicas, Dieciséis (16) Estrategias del Plan de Desarrollo para dar cumplimiento a cada uno de los Dieciocho (18) Proyectos, para los cuales se identificaron Treinta y Cinco (35) Actividades a desarrollar en el cuatrienio 2017-2020 soportadas en Setenta y Tres (73) Acciones para la vigencia objeto de esta evaluación en el marco de lo dispuesto en el Acuerdo No. 304 de 2018 y los posteriores ajustes al Plan de Desarrollo aprobados por la Junta Directiva en su Acuerdo No. 334 de 2018.

A efectos de esta evaluación se establecieron las siguientes Metas del Plan Operativo 2018, dando alcance al cumplimiento de los proyectos contemplados en el Plan de Desarrollo de la ESE 2017-2020, cuyo cumplimiento de estas metas permite evaluar el cumplimiento del Plan de Desarrollo en lo que corresponde a la vigencia 2018.

Igualmente se documenta de manera individual el cumplimiento de las Acciones que permitirán frente a cada Meta del Plan Operativo viabilizar su cumplimiento por Proyecto, así:

A continuación presentamos el Listado de las Metas del Plan Operativo del Plan de Desarrollo 2017-2020, para la vigencia 2018

<b>LISTADO METAS PLAN OPERATIVO</b>	<b>ACCIONES PARA CUMPLIR LAS METAS DEL PLAN OPERATIVO 2018</b>
<b>1. <math>\geq</math> 90% DE LA SATISFACCIÓN GLOBAL DEL USUARIO.</b>	<p>1. Aplicar medir y analizar las Encuestas de satisfacción. Análisis y socialización de la información. Gestionar las PQR en término de la Ley</p> <p>2. Evaluar cumplimiento de la programación de agendas y productividad de médicos de consulta externa, minimizando el incumplimiento de citas (Horario por parte de nuestros médicos especialistas).</p> <p>3. Lineas telefónicas habilitadas y Módulo de información.</p>
<b>2. &gt;75% SATISFACCIÓN CON LA GESTIÓN INFORMADA EN RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA ANTERIOR.</b>	<p>4. Realizar un evento de Rendición de Cuentas Vigencia anterior</p> <p>5. Realizar al menos dos Eventos de Rendición de cuentas con Líderes de Procesos y Usuarios Internos o Externos.</p> <p>6. Identificar Marco legal que aplica a la información objeto de reporte mediante página web institucional o plataformas oficiales.</p> <p>7. Elaborar matriz Gerencia de la información para seguimiento y evaluación del cumplimiento del Sistema de Información de los procesos según la normatividad vigente.</p> <p>8. Actualizar Página Web con Información Institucional, en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014.</p>
<b>3. 33,3% DE LA META ESTRATÉGICA, (10% DISMINUCIÓN DE GLOSAS DEFINITIVAS Y DEVOLUCIONES DE LA VIGENCIA).</b>	<p>9. Documentar las debilidades del Proceso Integral de Facturación de acuerdo con el comportamiento de las Glosas y Devoluciones del Primer Trimestre 2018.</p> <p>10. Formular Proyecto de Capacitación "Mejoramiento de la Calidad en el Proceso de Facturación", para su aprobación e inclusión del PIC 2018 -2019.</p> <p>11. Ejecutar el Proyecto de Capacitación "Mejoramiento de la Calidad en el Proceso de Facturación", y seguimiento al Mejoramiento del Proceso integral de Facturación trimestral.</p>
<b>4. &gt; 95% RADICACIÓN OPORTUNA DE LA FACTURACIÓN MENSUAL.</b>	<p>12. Hacer seguimiento a los datos que alimentan RIPS en el cargue diario de los datos de Triage, ingreso, servicios prestados, verificando oportunidad en la prestación del servicio, solicitud de autorización, arqueo de medicamentos, ayudas diagnósticas, traslados de ambulancia, contra soportes y registros clínicos.</p> <p>13. Validar en cada factura los servicios prestados frente a lo facturado, evaluando Facturación, Tarifas, Soportes, Autorización, Coberturas y Pertinencia desde el ingreso (Triage y Admisión) hasta el egreso (Epicrisis y novedad de censo de camas).</p> <p>14. Auditar en cada factura los servicios prestados frente a lo facturado, evaluando Facturación, Tarifas, Soportes, Autorización, Coberturas y Pertinencia desde el ingreso (Triage y Admisión) hasta el egreso (Epicrisis y novedad de censo de camas).</p> <p>15. Entrega diaria a Radicación de cuentas de la facturación de servicios prestados a usuarios con egreso no mayor a 48 horas hábiles.</p>

	16. Definir internamente los tiempos máximos de respuesta a glosas y devoluciones para cada uno de los responsables a cargo de gestionar, soportes, consulta y respuesta en software y/o medio físico.
<b>5. MANUAL DE CARTERA APROBADO</b>	17. Aprobar, manual de cartera de la ESE para su aplicación y cumplimiento, hacer seguimiento a la cartera mayor de 90 días por venta de servicios
<b>6. 100% REPORTE SIHO CONTRATACIÓN</b>	18. Actualizar Tarifas Institucionales de los Servicios Ofertados: Especializados ambulatorios con alta demanda, Estudios especializados, Servicio de Transporte Asistencial TAB y TAM, etcétera.
	19. Mantener la Contratación vigente
	20. Retroalimentar al Proceso misional del comportamiento de la Contratación vigente, incluidas quejas e inquietudes
	21. Resolver inquietudes y solicitudes de los Clientes contratistas y EAPB sin contratos.
<b>7. 80% DE CUMPLIMIENTO.</b>	22. Participar en la ejecución de actividades de las distintas Dimensiones de Salud Pública Municipales y Departamentales relacionadas con los servicios materno infantiles institucionales generando ingresos y ganancias adicionales.
	23. Gestionar Proyectos con la Empresa Privada que generen rentabilidad social para la Institución.
	24. Cumplir ante visitas evaluadoras del Ente Territorial, UNICEF, MSPS, etcétera para la certificación como IPS prestadora del Departamento del Cesar.
<b>8. UN (01) CONTRATO PARA LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS (LÍQUIDOS Y ALIMENTACIÓN NUTRICIONAL), GARANTIZANDO OPORTUNIDAD EN LOS SERVICIOS.</b>	25. Hacer el estudio de mercado costo beneficio soportado en cotizaciones con empresas reconocidas para la adquisición de insumos (líquidos y alimentación nutricional).
<b>9. &gt;30% SERVICIOS QUIRÚRGICOS COSTEADOS.</b>	26. Solicitar al Proveedor SYAC, asistencia para corregir inconsistencias operativas y mejorar los resultados generados por el Módulo de Costos en la ESE.
	27. Priorizar el costeo de servicios claves de la Institución.
<b>10. &gt; 1.20 EN RELACIÓN A LA VIGENCIA ANTERIOR</b>	28. Formular Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, enfocado al Sistema Único de Acreditación.
	29. Ejecutar Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, enfocado al Sistema Único de Acreditación.
	30. Evaluar Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, enfocado al Sistema Único de Acreditación.

		31. Realizar Aprendizaje Institucional a partir de los resultados alcanzados en la vigencia en el de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, enfocado al Sistema Único de Acreditación.
<b>11. <math>\geq</math> 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS.</b>		32. Constituir un Grupo de Trabajo Hospitalario, comprometido con el Proyecto Hospital Verde y Saludable responsable de liderar las acciones para preservar el medio ambiente, y hacer de los servicios y áreas funcionales un lugar amigable, saludable para usuarios internos y externos mediante la incorporación de prácticas y principios ecológicos. 33. Promover mediante capacitación y educación a usuarios internos y externos sobre los factores ambientales y su impacto para la Prevención de Enfermedades, 34. Implementar plan de reposición de materiales, elementos y sustancias químicas utilizadas en el Mantenimiento hospitalario, utilizando sustancias química, materiales, productos por alternativas más seguras; luminarias led, pinturas ecológica, a fin de resguardar la salud de los pacientes, de los trabajadores y de la comunidad, 35. Sensibilizar nuevamente los Programas Rosario Ahorra, Rosario Recicla, dirigidos a hacer el uso eficiente de los recursos naturales mediante la creación de conciencia a fin de reducir el consumo de agua, energía, papel, fomentando el ornato y limpieza de áreas verdes internas y externas.
<b>12. <math>&gt;</math> 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES HUMANIZACIÓN PROGRAMADAS.</b>	<b>DE</b>	36. Socializar el Programa de Humanización, la Política de Humanización. 37. Capacitar en Humanización al talento humano 38. Medir el Clima Organizacional, Socializar los Deberes y Derechos de los Usuarios al talento humano, realizar actividad del día del abrazo. 39. Avanzar en el Proyecto Rosario Sonríe. 40. Mantener al usuario informado mediante los diferentes medios de comunicación de la ESE, 41. Novenas Navideñas 42. Divulgar los Deberes y Derechos a los Usuarios, 43. Dar asistencia espiritual y psicológicos a los usuarios y usuarias externos 44. Disponer de lugares de lecturas en la ESE, Realizar jornadas de donación,
<b>13. <math>\geq</math> 80% CUMPLIMIENTO DE LAS RIAS APROBADAS POR EL MSPS.</b>		45. Actualizar Guías en el marco de las RIAS Materno perinatal 46. Ser líder como entidad Piloto en el programa de retinopatía del prematuro. 47. Ser líder como entidad piloto en el manejo de la desnutrición en el menor de 59 meses.
<b>14. <math>\geq</math> 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE SEGURIDAD</b>	<b>DEL</b>	48. Fortalecer la cultura de seguridad del paciente mediante el despliegue y socialización apoyados en ayudas audiovisuales y medios de comunicación internos. 49. Implementar el uso de la pulsera de identificación del paciente

<b>PACIENTE EN LA ESE PROGRAMADAS.</b>	50. Evaluar adherencia de las guías de buenas prácticas en seguridad del paciente.
<b>15. &gt; 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS.</b>	<p>51. Realizar Autodiagnóstico para evaluar línea base Institucional de los valores contemplados en el Código de Integridad del servicio público</p> <p>52. Aprobar Código de Integridad Institucional por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.</p> <p>53. Evaluación de Resultados de la implementación de la Política de Integridad</p> <p>54. Realizar Autodiagnóstico de la Dimensión Gestión del Talento Humano según MIPG</p> <p>55. Realizar Plan de Acción a Corto Mediano y Largo Plazo para la adopción e Implementación de la Política de Gestión del Talento Humano.</p>
<b>16. ≥ 80% CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE PROYECTOS.</b>	56. Conformación del Equipo de Autoevaluación responsable de Implementar la Ruta crítica de Acreditación a partir del componente PAMEC, según los Estándares identificados en el Manual de Acreditación ambulatorio y hospitalario.
<b>17. ≥ 80% CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE PROYECTOS.</b>	<p>57. Actualizar en Plan bienal de inversiones en salud Proyectos Adquisición de Equipos Médicos y Muebles Hospitalarios para el Servicio Materno del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE.</p> <p>58. Desarrollar fase II Proyecto de Dotación Materno Infantil para su presentación al ente territorial y posterior radicación en Planeación Departamental para su priorización en DNP, Secretaria de Salud Departamental para viabilidad técnica y financiera y ante el Ministerio de Salud.</p> <p>59. Gestionar Recursos con la fuente de financiación para la ejecución del Proyectos Adquisición de Equipos Médicos y Muebles Hospitalarios para el Servicio Materno del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE</p> <p>60. Actualizar en Plan bienal de inversiones en salud proyecto Construcción y ampliación del Servicio de Urgencias del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE.</p> <p>61. Desarrollar fase II del Proyecto Construcción y ampliación del Servicio de Urgencias del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE con apoyo del Gobierno departamental para el diseño arquitectónico y demás soportes en infraestructura para su presentación al ente territorial y posterior radicación en Planeación Departamental para su priorización en DNP, Secretaria de Salud Departamental para viabilidad técnica y financiera y ante el Ministerio de Salud.</p> <p>62. Gestionar Recursos con la fuente de financiación para la ejecución del Proyecto Construcción y ampliación del Servicio de Urgencias del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE.</p> <p>63. Actualizar en Plan bienal de inversiones en salud el Proyecto Ampliación de la Unidad de Salud Mental del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE.</p>

	64. Desarrollar fase II del Proyecto para el diseño arquitectónico y demás soportes en infraestructura para su presentación al ente territorial y posterior radicación en Planeación Departamental para su priorización en DNP, Secretaria de Salud Departamental para viabilidad técnica y financiera y ante el Ministerio de Salud.
	65. Gestionar Recursos con la fuente de financiación para la ejecución del Proyecto Ampliación de la Unidad de Salud Mental del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE.
	66. Actualizar en Plan bienal de inversiones en salud el Proyecto Ampliación de la Unidad de Cuidados Intensivos adultos, Neonatal y Pediátricos del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE.
	67. Desarrollar fase I del Proyecto Ampliación de la Unidad de Cuidados Intensivos adultos, Neonatal y Pediátricos del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE para concertar con ente territorial capacidad instalada propuesta.
<b>18. <math>\geq</math> 80% CUMPLIMIENTO AUTIODIAGNÓSTICO MIPG.</b>	68. Aprobar Integración y reglamentación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño conforme al MIPG.
	69. Definir Plan de Acción para inicio de la adopción a corto, mediano y largo plazo del MIPG.
	70. Publicar en Página web Institucional Integración Planes de Acción según requisitos reglamentarios MIPG.
	71. Realizar Autodiagnóstico para evaluar cumplimiento de las políticas del MIPG.
	72. Iniciar ejecución Planes de Acción a corto plazo para cumplimiento MIPG.
	73. Evaluar cumplimiento Plan de Acción para la implementación a corto plazo del MIPG

Para la Evaluación de las Metas operativas vigencia 2018, se tuvo en cuenta el alcance de las Acciones definidas por Proyecto aprobado dentro del Plan de Desarrollo, teniendo en cuenta los siguientes criterios que permiten determinar su cumplimiento o incumplimiento (SI/NO).

- Acciones Cumplidas las que una vez se evaluaron se encuentran entre el 80 y 100% de cumplimiento.
- Acciones en Desarrollo las que una vez se evaluaron se encuentran entre 50 y 79.9% de cumplimiento.
- Acciones No iniciadas las que una vez se evaluaron se encuentran entre el 0 y 49,9%

Acorde al proceso de evaluación de las Metas del Plan Operativo Anual 2018, producto del seguimiento y monitoreo realizado por la Oficina de Planeación con el acompañamiento del Asesor de Control Interno y los Líderes de Procesos, para la vigencia 2018, alcanzó un cumplimiento del **100%**, así:

De las **18 Metas del Plan Operativo** se logró alcanzar satisfactoriamente el cumplimiento de **18** de las **18** Metas propuestas para la vigencia 2018, tal como se detalla a continuación y cuyos soportes corresponden a una muestra representativa revisada en la Oficina de Planeación para lo cual se entrega en medio magnético y los archivos generales reposan bajo la responsabilidad de los Líderes de los procesos responsables de las acciones de mejora.

En la siguiente Tabla se registran para cada Meta Operativa Propuesta evaluada las principales acciones realizadas en 2018 indicando la gestión y el Porcentaje de cumplimiento, para alcanzar las Metas y Objetivos Estratégicos por Estrategia y Proyecto, observando el cumplimiento satisfactorio de **18 Metas Operativas**, en Desarrollo se encuentra 1 **Meta operativa, con avance de más del 90%**, que será objeto de priorización para el Plan de Acción o POA de la vigencia 2019, a partir de las Actividades para el Cuatrienio en el marco de las Líneas, Objetivos, Meta Estratégica y Proyectos que hacen parte del Plan de Desarrollo Institucional aprobado para el cuatrienio 2017-2020.

<b>LÍNEA 1</b>	<b>CAMINANDO CON NUESTROS USUARIOS Y USUARIAS</b>					
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO 1</b>	<b>LOGRAR LA SATISFACCIÓN GLOBAL DE NUESTROS USUARIOS Y USUARIAS EXTERNOS A TRAVÉS DE ESTRATÉGIAS QUE PERMITAN SUPLIR SUS NECESIDADES.</b>					
<b>META ESTRATEGICA 1</b>	<b>≥ 90% DE LA SATISFACCIÓN GLOBAL DEL USUARIO</b>					
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- PLANEACIÓN</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- SIAU</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>					
<b>ESTRATEGIA 1</b>	<b>CONCENTRAR ACCIONES PARA RESOLVER LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS EN LOS RESULTADOS ARROJADOS POR LAS ENCUESTAS Y ANÁLISIS DE PQRS.</b>					
<b>PROYECTO 1</b>	<b>ACCIONES PARA LOGRAR LA SATISFACCIÓN GLOBAL DE NUESTROS USUARIOS Y USUARIAS.</b>					
<b>META PLAN OPERATIVO 1</b>	<b>≥ 90% DE LA SATISFACCIÓN GLOBAL DEL USUARIO.</b>					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020</b>	<b>No.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2018</b>	<b>EVALUACIÓN 2018</b>			<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
			<b>META</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
1. Aplicar los instrumentos que permitan identificar las necesidades, expectativas, peticiones, quejas y reclamos de los usuarios y grupos de interés.	1	Aplicar, medir y analizar las Encuestas de satisfacción. Analisis y socialización de la información. Gestionar las PQR en término de la Ley.	SI SE CUMPLE LA META Satisfacción al usuario 2018 = 91,81 % Fuente: SIHO CALIDAD 2018	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE ACTUALIZA VERSIÓN DEL FORMATO EVALUACIÓN SATISFACCIÓN, SE APLICAN 8.081 ENCUESTAS PARA MEDIR SATISFACCIÓN AL USUARIOS. EN PRESENCIA DE USUARIOS SE DIO APERTURA A 45 BUZONES DE PQRS, DISTRIBUIDOS ASÍ, QUEJAS 211, SUGERENCIAS 7 Y FELICITACIONES 43. PARA UN GRAN TOTAL DE 261 SIENDO LAS QUEJAS MÁS REITERATIVA EL INCUMPLIMIENTO DE HORARIO POR PARTE DE MÉDICOS ESPECIALISTAS; LLEGAN MUY TARDE, FALTA DE HUMANIZACIÓN DE ALGUNAS ENFERMERAS Y MÉDICOS GENERALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. • CHARLAS EDUCATIVAS: SE REALIZAN 11.022 CHARLAS EDUCATIVAS A LOS USUARIOS QUE SE ENCUENTREN EN LA SALA DE ESPERA DE CONSULTA

					EXTERNA, CIRUGÍA, URGENCIA, SALUD MENTAL HOSPITALIZACIÓN, SALUD MENTAL CONSULTA EXTERNA Y A LOS PACIENTES CON SUS RESPECTIVOS FAMILIARES QUE SE ENCUENTREN EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.
2. Realizar el seguimiento al proceso de asignación de citas para efectuar los cambios pertinentes y optimizar la oportunidad en la asignación de las mismas.	2	Evaluar cumplimiento de la programación de agendas y productividad de médicos de consulta externa, minimizando el incumplimiento de citas (Horario por parte de nuestros médicos especialistas).		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE DISEÑA ENCUESTA PARA EVALUAR SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON LA OPORTUNIDAD Y ACCESIBILIDAD EN LA OBTENCIÓN DE CITA DE CONSULTA EXTERNA CON RESULTADO POR ENCIMA DEL 93% DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO, SE ANALIZA Y SOCIALIZA COMPORTAMIENTO DE LAS AGENDAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS, SE INTERVIENEN CON DISTINTOS PLANES DE MEJORA DURANTE LA VIGENCIA CON PARTICIPACIÓN DELEGADOS ASOCIACIÓN DE USUARIOS PROCESO ASIGNACIÓN DE CITAS Y ATENCIÓN A USUARIOS CONSULTA EXTERNA, SE VISITA IPS DE PRIMER NIVEL DE LA ZONA NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR PARA SOCIALIZAR RED DE SERVICIOS Y ALIANZAS EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.
3. Gestionar la habilitación de las líneas telefónicas de consulta externa para asignación de cita y los espacios habilitados para la atención al usuario.	3	Líneas telefónicas habilitadas, y Módulo de información.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE GESTIONA DESDE SIAU LA SOLICITUD PARA LA HABILITACIÓN DE LAS LÍNEAS TELEFÓNICAS Y MÓDULO DE INFORMACIÓN MEJORANDO LA ATENCIÓN LA RESPUESTA DEL CALL CENTER CON MAYOR OPORTUNIDAD A LAS SOLICITUDES DE CITAS DE

					LOS USUARIOS DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR Y ÁREA DE INFLUENCIA, SE READECUA ÁREA DE SIAU (INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN).
--	--	--	--	--	--

<b>LÍNEA 1</b>	<b>CAMINANDO CON NUESTROS USUARIOS Y USUARIAS</b>
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO 1</b>	<b>LOGRAR LA SATISFACCIÓN GLOBAL DE NUESTROS USUARIOS Y USUARIAS EXTERNOS A TRAVÉS DE ESTRATÉGIAS QUE PERMITAN SUPLIR SUS NECESIDADES.</b>
<b>META ESTRATÉGICA 1</b>	<b>≥ 90% DE LA SATISFACCIÓN GLOBAL DEL USUARIO</b>
<b>AREAS SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- PLANEACIÓN</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- SIAU</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA 2</b>	<b>PROMOVER ESPACIOS DE COMUNICACIÓN CON LOS USUARIOS, UTILIZANDO DIFERENTES CANALES.</b>
<b>PROYECTO 2</b>	<b>CONSTRUCCIÓN DE ESPACIOS PARA LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA.</b>
<b>META PLAN OPERATIVO 2</b>	<b>&gt;75% SATISFACCIÓN CON LA GESTIÓN INFORMADA EN RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA ANTERIOR.</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020	No.	PLAN DE ACCIÓN 2018	EVALUACIÓN 2018			CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			META	SI	NO	
4. Realizar informes periódicamente al Usuario interno y externo utilizando diferentes canales de comunicación.	4	Realizar un evento de Rendición de Cuentas Vigencia anterior	SI SE CUMPLE LA META A 75% DE LOS ASISTENTES QUE EVALUARON LA	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE PREPARA EVENTO DE RENDICIÓN DE CUENTAS, CONFORME A DISPOSICIONES LEGALES INFORMAR A LA COMUNIDAD, ENTES GUBERNAMENTALES DE GESTIÓN Y DE CONTROL, CIUDADANÍA Y DEMÁS PARTES INTERESADAS. SE SOCIALIZA E INVITA A LA COMUNIDAD EN GENERAL POR DISTINTOS MEDIOS, RE REALIZA ACTO DE RENDICIÓN DE CUENTAS EL 27 DE MARZO DE 2018, CON LA PARTICIPACIÓN

			REN DICI ÓN PÚB LICA CON SIDE RAN QUE LOS TEM AS DE LA AUDI ENCI A FUE RON DISC UTID OS EN UNA MAN		DE LOS USUARIOS. SE PUBLICAN LOS RESULTADOS DE EVALUACIÓN Y RESPECTIVA ACTA EN LA PÁGINA WEB INSTITUCIONAL HTTP://WWW.HRPLOPEZ.GO V.CO/ARCHIVOS/EVALUACI% C3%93N%20DE%20LA%20A UDIENCIA%20DE%20RENDICI %C3%93N%20DE%20CUENT AS%202017.PDF LA EVALUACIÓN DEL ACTO DE RENDICIÓN DE CUENTAS LINK Y LOS RESULTADOS , LINK HTTP://WWW.HRPLOPEZ.GO V.CO/ARCHIVOS/ACTA%20A UDIENCIA%20P%C3%9ABLIC A%20DE%20RENDICI%C3%9 3N%20DE%20CUENTAS%202 017.PDF.
	5	<b>Realizar al menos dos Eventos de Rendición de cuentas con Líderes de Procesos y Usuarios Internos o Externos.</b>	ERA PRO FUN DA EN = 75%. Fuen te: ACT A AUDI ENCI A PÚB LICA DE REN DICI ÓN DE CUE NTA S VIGE NCIA 2017 .	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE REALIZARON REUNIONES GENERALES CONVOCADAS POR EL SEÑOR GERENTE CON EL PERSONAL DE LA ESE PARA TOCAR TEMAS RELACIONADOS CON RESULTADOS VISITA AL MINISTERIO DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SECRETARÍA DE SALUD SOBRE FUTURO DE LA ESE PGIR VOLUNTARIO, ASÍ COMO SOCIALIZAR RECOMENDACIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA, ENTRE OTROS EVENTOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS O REUNIONES CON LOS USUARIOS INTERNOS. SE RINDE INFORME ANTE EL MINISTRO DE SALUD CON CORTE A NOVIEMBRE DE 2018, LINK <a href="https://elpilon.com.co/ai-">https://elpilon.com.co/ai-</a>

					hospital-el-salvavidas-de-minsalud-al-rosario-pumarejo/
5. Planificar y gestionar el reporte de la información de obligatoria publicación.	6	Identificar Marco legal que aplica a la información objeto de reporte mediante página web institucional o plataformas oficiales.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE HACE REVISIÓN NORMATIVA RESPECTO A LA LEY 1712 DE 2014, ATENDIENDO LOS MANDATOS DEL TÍTULO 1 DE LA PARTE 1 DE LIBRO 2 DEL DECRETO N° 1081 DE 2015, "DECRETO REGLAMENTARIO ÚNICO DEL SECTOR PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA" Y ATENDIENDO LOS POSTULADOS DE LA ESTRATEGIA DE GOBIERNO EN LÍNEA ESTABLECIDA EN EL TITULO 9 CAPÍTULO 1 DEL DECRETO N° 1078 DE 2015, LOS SUJETOS OBLIGADOS POR EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 1712 DE 2014 SE OBLIGAN A IDENTIFICAR LAS CATEGORÍAS DE INFORMACIÓN, QUE SE EXIGEN SEAN PUBLICADAS EN EL SITIO "TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA" Y EN GENERAL EN LA PÁGINA WEB INSTITUCIONAL, BAJO CRITERIOS UNIFICADOS CON LAS ÁREAS.
	7	Elaborar matriz Gerencia de la información para seguimiento y evaluación del cumplimiento del Sistema de Información de los procesos según la normatividad vigente.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE DISEÑA MATRIZ "GERENCIA DE LA INFORMACIÓN" CONFORME AL MARCO NORMATIVO QUE LE APLICA A LA ESE CON IDENTIFICACIÓN DEL TIPO DE INFORME O REPORTE, NORMA QUE LA EXIGE Y/O REGULA, RESPONSABLE, FECHA DE REPORTE MEDIO DE REPORTE,

					ARCHIVO DE SOPORTES Y DATOS, ETCÉTERA.
	8	<p><b>Actualizar Página Web con Información Institucional, en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014.</b></p>		SI	<p>CALIFICACIÓN 100%, DURANTE LA VIGENCIA SE ACTUALIZA INFORMACIÓN EN PÁGINA WEB DE LA ESE, SEGÚN LO EXIGIDO EN REALIZA EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE TRANSPARENCIA - ITA- DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES DEL ARTÍCULO 23 DE LA LEY 1712 DE 2014 "LEY DE TRANSPARENCIA Y DEL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA NACIONAL" ALCANZANDO LA ESE EL 90% DE CUMPLIMIENTO EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA EL EJERCICIO Y GARANTÍA DEL DERECHO Y LAS EXCEPCIONES A LA PUBLICIDAD DE INFORMACIÓN - VIRTUALMENTE PÁGINA DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN.</p>

<b>LÍNEA 2</b>	<b>RUTA PARA LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.</b>					
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO 2</b>	<b>MANTENER EQUILIBRIO FINANCIERO Y SOSTENIBILIDAD ECONOMICA, BAJO EL PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.</b>					
<b>META ESTRATEGICA 2</b>	<b>&lt; 10% PORCENTAJE DE GLOSAS DEFINITIVAS Y DEVOLUCIONES DE LA VIGENCIA</b>					
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SUBGERENTE (PRESUPUESTO, CARTERA, TESORERÍA, CONTABILIDAD, COSTOS)</li> <li>- ESTADÍSTICA</li> <li>- CALIDAD</li> <li>- EPIDEMIOLOGIA</li> <li>- SISTEMAS</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- LÍDER AUDITORIA</li> <li>- LÍDER DE FACTURACIÓN</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS</li> </ul>					
<b>ESTRATEGIA 2</b>	<b>IDENTIFICAR TRIMESTRALMENTE LAS CAUSAS DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES POR SERVICIOS, DOCUMENTARLAS EN DETALLE, PARA MEJORAMIENTO CONTINUO GARANTIZANDO LA MAYOR EFICIENCIA.</b>					
<b>PROYECTO 3</b>	<b>CAPACITACIÓN PARA MEJORAR CALIDAD EN EL PROCESO DE FACTURACIÓN.</b>					
<b>META PLAN OPERATIVO 3</b>	<b>33,3% DE LA META ESTRATÉGICA, (10% DISMINUCIÓN DE GLOSAS DEFINITIVAS Y DEVOLUCIONES DE LA VIGENCIA)</b>					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020</b>	<b>No.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2018</b>	<b>EVALUACIÓN 2018</b>			<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
6. Identificar las debilidades del Proceso Integral de Facturación y su impacto en las Glosas definitivas y Devoluciones.	9	Documentar las debilidades del Proceso Integral de Facturación de acuerdo con el comportamiento de las Glosas y Devoluciones del Primer Trimestre 2018.	<b>META</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	CALIFICACIÓN 100%, SE IDENTIFICARON LAS CAUSAS DE GLOSAS, CON EL OBJETIVO DE RETROALIMENTAR A LA GERENCIA Y A LOS DIFERENTES SERVICIOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL SE DEFINE PLAN DE ACCIÓN CON EL FIN DE MINIMIZAR LAS MISMAS, SE SOCIALIZA CON FACTURADORES AUDITORES CONCURRENTES Y DE CUENTAS PARA SU CONTENCIÓN, SE PRESENTAN INFORMES A SUPERVISOR DEL SERVICIO.
			SI SE CUMPLE LA META 33,3% DE LA META ESTRATÉGICA, (10% DISMINUCIÓN DE GLOSAS DEFINITIVAS Y DEVOLUCIONES DE LA VIGENCIA)	SI		
7. Elaborar y desarrollar el Proyecto de Capacitación "Mejoramiento de la Calidad en el Proceso de Facturación", para su articulación en el PIC	10	Formular Proyecto de Capacitación "Mejoramiento de la Calidad en el Proceso de Facturación", para su aprobación e inclusión en el PIC 2018 -2019.	SI	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE FORMULA PROYECTO DE CAPACITACIÓN "MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL PROCESO DE FACTURACIÓN", PARA SU APROBACIÓN E INCLUSIÓN EN EL PIC 2018 -2019.
			Fuente: SIHO - FORMULARIO FACTURACIÓN 2017 vs 2018	SI		
	11	Ejecutar el Proyecto de Capacitación "Mejoramiento de la Calidad en el Proceso de Facturación", y seguimiento al Mejoramiento del Proceso integral de Facturación trimestral.		SI		CALIFICACIÓN 100%, SE CUMPLE Proyecto de Capacitación "Mejoramiento de la Calidad en el Proceso de Facturación", y seguimiento al Mejoramiento del Proceso integral de Facturación trimestral.

<b>LÍNEA 2</b>	<b>RUTA PARA LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.</b>				
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO 2</b>	<b>MANTENER EQUILIBRIO FINANCIERO Y SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA, BAJO EL PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.</b>				
<b>META ESTRATEGICA 2</b>	<b>&lt; 10% PORCENTAJE DE GLOSAS DEFINITIVAS Y DEVOLUCIONES DE LA VIGENCIA</b>				
<b>AREAS SERVICIOS</b>	<b>O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SUBGERENTE (PRESUPUESTO, CARTERA, TESORERÍA, CONTABILIDAD, COSTOS)</li> <li>- ESTADÍSTICA</li> <li>- SISTEMAS</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- LÍDER AUDITORIA</li> <li>- LÍDER DE FACTURACIÓN</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>			
<b>ESTRATEGIA 4</b>	<b>MEJORAR EL PROCESO DE FACTURACIÓN INTEGRAL CON APROVECHAMIENTO DE LA INTERRELACION DE LOS DISTINTOS MODULOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DGH Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE.</b>				
<b>PROYECTO 4</b>	<b>OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN EFICIENTE, CON CALIDAD Y EFECTIVIDAD.</b>				
<b>META PLAN OPERATIVO 4</b>	<b>&gt; 95% RADICACIÓN OPORTUNA DE LA FACTURACIÓN MENSUAL.</b>				
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020</b>	<b>No.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2018</b>	<b>EVALUACIÓN 2018</b>		<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
			<b>META</b>	<b>SI NO</b>	
8.- Liquidación diaria de la facturación de todo paciente atendido dentro de las primeras 72 horas hábiles de la atención.	12	Hacer seguimiento a los datos que alimentan RIPS en el cargue diario de los datos de Triage, ingreso, servicios prestados, verificando oportunidad en la prestación del servicio, solicitud de autorización, arqueo de medicamentos, ayudas diagnósticas, traslados de ambulancia, contra soportes y registros clínicos.	SI SE CUMPLE LA META RADICACIÓN DE LA FACTURACIÓN N > 95% RADICACIÓN OPORTUNA DE LA FACTURACIÓN MENSUAL A VIGENCIA	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE CAPACITA EN RIPS AL PERSONAL, SE DISEÑA PLANTILLA QUE CONTIENE LOS FORMATOS PARA CADA UNO DE LOS TIPOS DE INFORMACIÓN CON EL FIN DE IDENTIFICAR PARA CADA CAMPO OBJETO DE ALIMENTACIÓN AL RESPONSABLE, PARA IDENTIFICAR ORIGEN DEL MANEJO DE LOS DATOS BUSCANDO APORTAR AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS DATOS QUE ALIMENTAN EL REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS E LA ESE
9.- Implementar el seguimiento a la liquidación oportuna de todo paciente	13	Implementar el seguimiento a la liquidación oportuna de todo	98,13% Fuente: CERTIFICACIÓN	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE FORTALECE PROCESO DE SEGUIMIENTO A LA LIQUIDACIÓN OPORTUNA DE

atendido con egreso, para análisis de la Facturación mensual que permita evaluar la gestión por pisos, servicios o áreas.		paciente atendido con egreso, para análisis de la Facturación mensual que permita evaluar la gestión por pisos, servicios o áreas.	NLÍDER RADICACIÓN DE LA ESE – CONTRATISTA ASTU		TODO PACIENTE ATENDIDO CON EGRESO, SE REALIZA CAPACITACIÓN AL PERSONAL RELACIONADO CON LOS PROCESOS Y EL ÁREA
	14	Auditar en cada factura los servicios prestados frente a lo facturado, evaluando Facturación, Tarifas, Soportes, Autorización, Coberturas y Pertinencia desde el ingreso (Triage y Admisión) hasta el egreso (Epicrisis y novedad de censo de camas).		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE FORTALECE PROCESO DE AUDITORÍA INDIVIDUAL EN CADA FACTURA POR CONCEPTO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS FRENTE A LO FACTURADO, EVALUANDO FACTURACIÓN, TARIFAS, SOPORTES, AUTORIZACIÓN, COBERTURAS Y PERTINENCIA DESDE EL INGRESO (TRIAGE Y ADMISIÓN) HASTA EL EGRESO (EPICRISIS Y NOVEDAD DE CENSO DE CAMAS) MEJORANDO FACTURACIÓN, CENSO Y SERVICIO PRESTADO.
	10.- Entregar oportunamente la facturación mensual a Radicación de Cuentas con cortes a los días 10, 20 y 30.	15		Entrega diaria a Radicación de cuentas de la facturación de servicios prestados a usuarios con egreso no mayor a 48 horas hábiles.	SI
11. Registrar toda glosa recibida en la ESE dentro de los 5 días hábiles siguientes a su recibo, para su oportuna resolución.	16	Definir internamente los tiempos máximos de respuesta a glosas y devoluciones para cada uno de los responsables a cargo de gestionar, soportes, consulta y respuesta en software y/o medio físico.	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE PROGRAMA CONTINGENCIA PARA ACORTAR LOS TIEMPOS EN LA CONTESTACIÓN DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES, ESTABLECIENDO LOS TIEMPOS MÁXIMOS DE RESPUESTA A GLOSAS Y DEVOLUCIONES PARA CADA UNO DE LOS RESPONSABLES A CARGO DEL PROCESO.	

<b>LÍNEA 2</b>	<b>RUTA PARA LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.</b>					
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO 2</b>	<b>MANTENER EQUILIBRIO FINANCIERO Y SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA, BAJO EL PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.</b>					
<b>META ESTRATEGICA 3</b>	<b>MANTENER UN MARGEN NETO DE UTILIDAD</b>					
<b>AREAS SERVICIOS</b>	<b>O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SUBGERENTE (PRESUPUESTO, CARTERA, TESORERÍA, CONTABILIDAD, COSTOS)</li> <li>- SISTEMAS</li> <li>- LÍDER AUDITORIA</li> <li>- LÍDER DE FACTURACIÓN</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>				
<b>ESTRATEGIA 5</b>	<b>MEDIR Y MEJORAR EL FLUJO DE CAJA, QUE GARANTICE EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO INSTITUCIONAL.</b>					
<b>PROYECTO 5</b>	GARANTIZAR ESTRATEGIAS DE RECAUDO EFECTIVO, OPORTUNO Y DE CARTERA CORRIENTE.					
<b>META PLAN OPERATIVO 5</b>	<b>Un (01) MANUAL DE CARTERA</b>					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020</b>	<b>No.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2018</b>	<b>EVALUACIÓN 2018</b>			<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
			<b>META</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
12- GESTIONAR CESIONES DE CRÉDITO, ACUERDOS DE PAGO, PROMOVER MESAS DE SANEAMIENTO DE CARTERA, RECUPERAR LOS TÍTULOS JUDICIALES DE VIGENCIAS ANTERIORES, HACER SEGUIMIENTO A LOS TÍTULOS JUDICIALES DE LA VIGENCIA, DISEÑAR, APROBAR E IMPLEMENTAR EL MANUAL DE CARTERA DE LA ESE.	17	APROBAR, MANUAL DE CARTERA DE LA ESE PARA SU APLICACIÓN Y CUMPLIMIENTO, HACER SEGUIMIENTO A LA CARTERA MAYOR DE 90 DÍAS POR VENTA DE SERVICIOS	SI SE CUMPLE LA META AVANCE 80% SE CUENTA CON MANUAL DE CARTERA REVISADO EN COMITÉ SOSTENIBILIDAD Y GERENCIA PARA SU APRO	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE REvisa EN COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD CONTABLE LAS RECOMENDACIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA Y APORTES REALIZADOS POR PARTE DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ Y SUS INVITADOS ACORDE AL MARCO LEGAL, AJUSTÁNDOSE AL MANUAL DE PROCESOS DE LA ESE, LAS ACTIVIDADES PACTADAS CON EL PERSONAL CONTRATISTA RESPONSABLE DEL PROCESO DE CARTERA Y FUNCIONES DE LA ESE, SE PRESENTA AL SEÑOR GERENTE Y ASESORES PARA SU PRESENTACIÓN ANTE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE, A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME EL MANUAL DE CARTERA DE LA ESE SE ENCUENTRA PRESENTADO .

Nit: 892.399.994-5

			BACIÓ N EN JUNTA DIREC TIVA. Fuente : Manual de Carter a.		
--	--	--	---	--	--

<b>LÍNEA 2</b>	<b>RUTA PARA LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.</b>					
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO 2</b>	<b>MANTENER EQUILIBRIO FINANCIERO Y SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA, BAJO EL PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.</b>					
<b>META ESTRATEGICA 3</b>	<b>MANTENER UN MARGEN NETO DE UTILIDAD</b>					
<b>AREAS SERVICIOS</b>	<b>O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PLANEACIÓN Y MERCADEO</li> <li>- ASESOR JURÍDICO EXTERNO</li> <li>- CALIDAD</li> <li>- EPIDEMIOLOGIA</li> <li>- SISTEMAS</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- LÍDER AUDITORIA</li> <li>- LÍDER DE FACTURACIÓN</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>				
<b>ESTRATEGIA 6</b>	<b>INCREMENTAR LA PRODUCTIVIDAD DE LA CAPACIDAD INSTALADA CON UNA UNIDAD DE COMERCIALIZACIÓN CON ENFOQUE JURIDICO QUE SE ENCARGUE DE LAS RELACIONES CON LAS CONTRATANTES, (EAPB) Y LA GESTIÓN DE LOS CONTRATOS.</b>					
<b>PROYECTO 6</b>	<b>MERCADEO Y VENTA DE SERVICIOS DESDE LA POSICIÓN DE PRESTADOR COMPLEMENTARIO.</b>					
<b>META PLAN OPERATIVO 6</b>	<b>100% REPORTE SIHO CONTRATACIÓN</b>					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020</b>	<b>No.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2018</b>	<b>EVALUACIÓN 2018</b>			<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
			<b>META</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
13.- Actualizar y ajustar acuerdos contractuales según normatividad vigente frente al entorno del mercado y la capacidad instalada de servicios ofertado.	18	Actualizar Tarifas Institucionales de los Servicios Ofertados: Especializados ambulatorios con alta demanda, Estudios especializados, Servicio de Transporte Asistencial TAB y TAM, etcétera.	SI SE CUMPLE LA META SE MANTIENE LA CONTRATACIÓN CON EAPB CON UN INCREMENTO EN MÁS DEL 8% CONTRATACIÓN CON EAPB		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE CONSTITUYE UNIDAD JURÍDICA INTERDISCIPLINARIA QUE APOYA EL PROCESO DE COMERCIALIZACIÓN, MERCADEO, PARTICIPACIÓN EN MESAS DE TRABAJO INDIVIDUALES CON EAPB, SE SUSCRIBEN ACUERDOS DE VOLUNTADES, SE CONCURSA EN OFERTAS DEL MERCADO DE LA SALUD DEL RÉGIMEN ESPECIAL. Y NEGOCIACIÓN DE LA CONTRATACIÓN POR CONCEPTO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS AFILIADOS DE LOS DISTINTAS EAPB.

	19	Mantener la Contratación vigente	EN 2018 Vs 2017 Fuente : SIHO – FORMULARIO O FACTURACIÓN	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE FORMALIZAN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON DISTINTAS EAPB DE LOS RÉGIMEN SUBSIDIADO, CONTRIBUTIVO, ENTES TERRITORIALES Y ESPECIAL EN CUANTÍA SUPERIOR A LOS 44 MIL MILLONES DE PESOS EN LA VIGENCIA 2018.
	20	Retroalimentar al Proceso misional del comportamiento de la Contratación vigente, incluidas quejas e inquietudes	2017 Y 2018.	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE NOTIFICA PERMANENTEMENTE A LAS ÁREAS ASISTENCIALES Y DE APOYO SOBRE LAS INQUIETUDES E INCONVENIENTES QUE SURGEN DURANTE LA EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, CON EL FIN DE SOLUCIONAR A FAVOR DE LAS PARTES.
	21	Resolver inquietudes y solicitudes de los Clientes contratistas y EAPB sin contratos.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE RECEPCIONAN INQUIETUDES Y QUEJAS DE LAS EAPB CONTRATISTAS, VÍA CORREO, SE GESTIONAN INTERNAMENTE DE MANERA DIRECTA Y PRIORITARIA CUANDO ATENTA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PARA EL USUARIO.

<b>LÍNEA 2</b>	<b>RUTA PARA LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.</b>				
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO 2</b>	<b>MANTENER EQUILIBRIO FINANCIERO Y SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA, BAJO EL PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.</b>				
<b>META ESTRATEGICA 4</b>	<b>&gt; DOS (2) CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES</b>				
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>- SUBGERENTE</b> <b>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</b> <b>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</b>				
<b>ESTRATEGIA 7</b>	<b>GESTIONAR CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES QUE GENEREN INGRESOS EFECTIVO Y RENTABILIDAD SOCIAL.</b>				
<b>PROYECTO 7</b>	<b>GESTIÓN DE ACTIVIDADES INSTITUCIONALES EN DIMENSIONES DE SALUD PÚBLICA QUE GENEREN INGRESOS Y RENTABILIDAD SOCIAL.</b>				
<b>META PLAN OPERATIVO 7</b>	<b>80% DE CUMPLIMIENTO</b>				
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020</b>	<b>No.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2018</b>	<b>EVALUACIÓN 2018</b>		<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
14. Certificar la entidad como IAMII con Enfoque Integral	22	Participar en la ejecución de actividades de las distintas Dimensiones de Salud Pública Municipales y Departamentales relacionadas con los servicios materno infantiles institucionales generando ingresos y ganancias adicionales.	SI SE CUM PLE LA MET A SE Fuen te: CER TIFIA CIÓN N PRO FESI ONA L ESP ECIA IZAD O ÁRE A DE LA SAL UD COO RDIN ADO RA MAT ERN O	SI NO	CALIFICACIÓN 100%, SE PLANEAN ACTIVIDADES Y SE PREPARA PROPUESTA, QUE SE ACEPTA POR EL ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL SE EJECUTA TENIENDO EN CUENTA EL ALCANCE MISIONAL DEL HOSPITAL, PARA LAS ACTIVIDADES EN LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DEPARTAMENTALES RELACIONADAS CON SERVICIOS MATERNO INFANTILES INSTITUCIONALES DONDE PUEDE PARTICIPAR LA ESE HRPL COMO LÍDER DE PROCESOS PARA GENERANDO INGRESOS Y GANANCIAS ADICIONALES A LA ENTIDAD ECONÓMICAS Y SOCIALES. SE CONTRATA CON GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR CONTRATO CON OBJETO "DESARROLLO DE LAS ACCIONES PARA FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN Y LA

			INFA NTIL		INCLUSIÓN SOCIAL DE LOS GRUPOS POBLACIONALES VULNERABLES DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR” POR VALOR DE CIENTO CUARENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CINCUENTA PESOS M/CTE (\$141.247.050.OO). EN EL MARCO DEL PROYECTO: “DESARROLLO DE LAS ACCIONES PARA FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN Y LA INCLUSIÓN SOCIAL DE LOS GRUPOS POBLACIONALES VULNERABLES DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR” POBLACIÓN OBJETO POBLACIÓN OBJETIVO: NIÑOS Y NIÑAS DE PRIMERA INFANCIA, NIÑEZ, ADOLESCENTES, JÓVENES Y ADULTOS EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS SEIS (06) MESES DE EDAD CON MALFORMACIONES DE PALADAR HENDIDO Y/O LABIO LEPORINO.
	23	Gestionar Proyectos con la Empresa Privada que generen rentabilidad social para la Institución.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE GESTIONA ALIANZA NO. 1. MSPS-FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ: SE PRESENTA PROPUESTA AL MSPS PARA SER PRIORIZADOS PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA EL BLH POR OBSOLESCENCIA SE RECIBEN LOS EQUIPOS PARA EL SERVICIO DEL BLH DEL HOSPITAL POR VALOR DE \$110.000.000. BAJO FIGURA DE DONACIÓN. ALIANZA NO. 2. POSTULACIÓN DE PROYECTO A LA FUNDACIÓN ÉXITO -ESE HRPL: PROGRAMA

					<p>GENCERO POR \$179.200.000= PARA SUMINISTRAR EN EL 2018: 200 SUMINISTROS NUTRICIONALES MENSUALES POR UN AÑO A NIÑOS Y NIÑAS DE BAJO PESO AL NACER Y PREMATUROS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD Y GESTANTES DE BAJO PESO, SE ENCUENTRA EN EJECUCIÓN ENTREGA DE SUMINISTROS DE ALIMENTOS CON LA FUNDACIÓN EXITO -ESE HRPL: PROGRAMA GENCERO, ALIANZA NO. 3. SE REALIZA POSTULACIÓN DE PROYECTO A LA CORPORACIÓN BIBLIOTECA DEPARTAMENTAL PARA CREAR SALA DE LECTURA HOSPITALARIA, APUNTA AL PASO 8 Y 10. VALOR \$12.000.000, SE INAUGURA PRIMERA SALA DE LECTURA HOSPITALARIA EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR.</p>
	24	Cumplir ante visitas evaluadoras del Ente Territorial, UNICEF, MSPS, etcétera para la certificación como IPS prestadora del Departamento del Cesar.		SI	<p>SE RECIBE SEGUNDA VISITA DEL ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL PARA EVALUAR AVANCES DE LA ESTRATEGIA IAMII, IGUALMENTE SE RECIBE TERCERA VISITA DEL ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL PARA EVALUAR AVANCES DE LA ESTRATEGIA IAMII,.</p>

<b>LÍNEA 2</b>	<b>RUTA PARA LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.</b>					
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO 2</b>	<b>MANTENER EQUILIBRIO FINANCIERO Y SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA, BAJO EL PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.</b>					
<b>META ESTRATEGICA 4</b>	<b>&gt; DOS (2) CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES</b>					
<b>AREAS SERVICIOS</b>	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SUBGERENTE (CONTABILIDAD, COSTOS)</li> <li>- ESTADÍSTICA</li> <li>- SISTEMAS</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>				
<b>ESTRATEGIA 8</b>	<b>IDENTIFICAR LOS ELEMENTOS DEL COSTO EN UNIDADES FUNCIONALES CLAVES DE LA ESE, MEJORANDO EFICIENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS.</b>					
<b>PROYECTO 8</b>	<b>ALTERNATIVAS EFICIENTES, OPORTUNAS, ACCESIBLES PARA MEJORAR EL SERVICIO FARMACÉUTICO.</b>					
<b>META PLAN OPERATIVO 8</b>	<b>UN (01) CONTRATO PARA LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS (LÍQUIDOS Y ALIMENTACIÓN NUTRICIONAL), GARANTIZANDO OPORTUNIDAD EN LOS SERVICIOS.</b>					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020</b>	<b>No.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2018</b>	<b>EVALUACIÓN 2018</b>			<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
			<b>META</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
15. Priorizar la adquisición de bienes y servicios para el área farmacéutica buscando racionalidad costo beneficio.	25	Hacer el estudio de mercado costo beneficio soportado en cotizaciones con empresas reconocidas para la adquisición de insumos (líquidos y alimentación nutricional).	<b>SI SE CUMPLE LA META SE LEGALIZA A MÁS DE UN (01) CONTRATO PARA LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS PARA PACIENTES DE LA ESE.</b> <b>Fuente:</b> CONTRATOS Nos 092 y 130 de 2018	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE HACE REVISIÓN HISTÓRICA DEL COMPORTAMIENTO DE LA COMPRA DE INSUMOS LÍQUIDOS (LÍQUIDOS Y ALIMENTACIÓN NUTRICIONAL), CON EL FIN DE COTIZAR EN EL MERCADO MEJORES OPORTUNIDADES Y SE ADQUIEREN LOS INSUMOS LÍQUIDOS Y ALIMENTACIÓN NUTRICIONAL), GARANTIZANDO EXISTENCIA DE ESTOS PRODUCTOS DE BUENA CALIDAD Y A COSTOS RAZONABLES Y BENEFICIOSOS PARA LA ESE

<b>LÍNEA 2</b>	<b>RUTA PARA LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.</b>					
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO 2</b>	<b>MANTENER EQUILIBRIO FINANCIERO Y SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA, BAJO EL PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.</b>					
<b>META ESTRATEGICA 4</b>	<b>&gt; DOS (2) CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES</b>					
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- MATERNO INFANTIL</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>					
<b>ESTRATEGIA 8</b>	<b>IDENTIFICAR LOS ELEMENTOS DEL COSTO EN UNIDADES FUNCIONALES CLAVES DE LA ESE, MEJORANDO EFICIENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS.</b>					
<b>PROYECTO 9</b>	<b>SISTEMAS DE COSTOS CONFIABLE, CLARO Y VERAZ POR UNIDADES FUNCIONALES.</b>					
<b>META PLAN OPERATIVO 8</b>	<b>&gt;30% SERVICIOS QUIRÚRGICOS COSTEADOS.</b>					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020</b>	<b>No.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2018</b>	<b>EVALUACIÓN 2018</b>			<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
			<b>META</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
16. Optimizar la operatividad del Módulo de Costos Hospitalarios en Dinámica Gerencial. Net.	26	Solicitar al Proveedor SYAC, asistencia para corregir inconsistencias operativas y mejorar los resultados generados por el Módulo de Costos en la ESE.	SI SE CUMPLE LA META SE CUENTA EN LA ESE CON MÁS DEL 30% DE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS COSTEADOS. Fuente: INFORME SUBGERENTE.	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE CONVOCA AL PERSONAL USUARIO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA CON EL FIN DE EVALUAR SI LAS INCONSISTENCIAS DEL SISTEMA QUE SE REPORTARON DURANTE LA VIGENCIA 2017 AL FINALIZAR EL CONTRATO ANTERIOR AÚN SUBSISTEN ALGUNAS INQUIETUDES YA QUE EL SISTEMA IMPLEMENTADO, PRESENTA INCONVENIENTES FRENTE A LOS REQUISITOS DE LA NORMATIVIDAD QUE RIGE PARA ALGUNOS TEMAS. SE NOTIFICA AL PROVEEDOR DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA LAS NO CONFORMIDADES DEL SISTEMA, RELACIONADAS CON EL MANEJO: GENERAR FACTURA CONTABILIZADA AL COSTO Y/O AL COSTO AMORTIZADO,

Nit: 892.399.994-5

					CONTABILIZACIÓN DEL DETERIORO DE PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO, FALLAS EN EL CIERRE CONTABLE DE FIN DE AÑO BAJO NIIF; VIGENCIA ANTERIOR, DUPLICIDAD INFORMACIÓN MÓDULO ACTIVOS FIJOS AL DEPRECIAR ACTIVOS, ENTRE OTROS.
	27	Priorizar el costeo de servicios claves de la Institución.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE INICIA IDENTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE LA ESE PARA PRIORIZAR LA ELABORACIÓN DE LOS COSTOS. SE SELECCIONA MUESTRA A PRIORIZAR PARA ESTABLECER LOS COSTOS DE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUIRÚRGICOS

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>					
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO No. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO DE LA ESE HRPL POR SU AVANCE EN SEGURIDAD A PACIENTE.</b>					
<b>META ESTRATEGICA 5.</b>	<b>RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL QUE AVANZA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>					
<b>AREAS SERVICIOS</b>	<b>O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- CALIDAD</li> <li>- MECI</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- QUIRÚRGICO HOSPITALARIO</li> <li>- SISTEMAS</li> <li>- ESTADÍSTICA</li> <li>- MATERNO INFANTIL</li> <li>- SALUD Y SEGURIDAD PARA EL TRABAJO</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>				
<b>ESTRATEGIA 09</b>	<b>CUMPLIR GRADUALMENTE LOS ESTÁNDARES DEFINIDOS EN EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.</b>					
<b>PROYECTO 10</b>	<b>GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO HACIA ACREDITACIÓN.</b>					
<b>META PLAN OPERATIVO 10</b>	<b>&gt; 1.20 EN RELACIÓN A LA VIGENCIA ANTERIOR.</b>					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020</b>	<b>No.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2018</b>	<b>EVALUACIÓN 2018</b>			<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
			<b>META</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>17. IMPLEMENTAR LA RUTA CRÍTICA DE ACREDITACIÓN A PARTIR DEL COMPONENTE PAMEC SEGÚN LOS ESTÁNDARES IDENTIFICADOS EN EL MANUAL DE ACREDITACIÓN AMBULATORIO Y HOSPITALARIO.</b>	28	Formular Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, enfocado al Sistema Único de Acreditación.	<b>SI SE CUMPLE LA META A SE OBTIENE UNA CALIFICACIÓN DE 2,44, PARA UN CRECIMIENTO DE 0,44 PUNTOS SUAS.</b>	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE CONFORMAN GRUPOS DE AUTOEVALUACIÓN ÁREA DE SISTEMAS, SE CONVOCA A LOS LÍDERES POR GRUPO DE ESTÁNDARES Y APOYO AL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN DE ACUERDO CON LOS GRUPOS CONFORMADOS CON EL FIN DE PLANIFICAR LA FORMA DE TRABAJO PARA LA FORMULACIÓN DEL PAMEC 2018 BASADO EN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN. CONFORME A LOS REQUISITOS DE LA RUTA CRÍTICA TENIDOS EN CUENTA EN LA FORMULACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL DOCUMENTO PAMEC 2018
	29	Ejecutar Programa de Auditoría para el	Fuente:	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE INICIA LA EJECUCIÓN DE

		Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, enfocado al Sistema Único de Acreditación.	CERTIFICACIÓN SUPERSALUD INDICADOR 2 PLAN DE GESTIÓN 2018		LAS ACCIONES DE MEJORA IDENTIFICADAS EN EL PAMEC ORIENTADO AL LOGRO DE LOS ESTÁNDARES DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN ASISTENCIALES, EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO PARA LOS PROCESOS MISIONALES Y EL FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL GERENTE. SE CONVOCA AL GRUPO DE AUTOEVALUACIÓN CONFORMADO CON EL FIN DE EVALUAR EL RESULTADO DEL AVANCE EN LOS PROCESO OBJETO DEL MEJORAMIENTO CON BASE EN LOS ESTÁNDARES DE SE CONVOCA AL GRUPO DE AUTOEVALUACIÓN CONFORMADO CON EL FIN DE EVALUAR EL RESULTADO DEL AVANCE EN LOS PROCESO OBJETO DEL MEJORAMIENTO CON BASE EN LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN
	30	Evaluar Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, enfocado al Sistema Único de Acreditación.		SI	CALIFICACIÓN 70%, SE CONVOCA AL GRUPO DE AUTOEVALUACIÓN CONFORMADO CON EL FIN DE EVALUAR EL RESULTADO DEL AVANCE EN LOS PROCESO OBJETO DE MEJORAMIENTO CON BASE EN LOS ESTÁNDARES DEL SUA (RESOLUCIÓN 5095 DE 2018 Y SU MANUAL VERSIÓN 3.1), PARA OBTENER LOS DATOS QUE EVIDENCIEN EL AVANCE LOGRADO EN EL PROCESO DE

					ACREDITACIÓN DE LA ESE AL CIERRE DE LA VIGENCIA 2018.
	31	Realizar Aprendizaje Institucional a partir de los resultados alcanzados en la vigencia en el de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, enfocado al Sistema Único de Acreditación.		SI	CALIFICACIÓN 95%, IMPLEMENTACIÓN DE LA PREPARACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN EL CRECIMIENTO INSTITUCIONAL FRENTE A LOS ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN ES DEL 2,4% QUE AL COMPARARLO CON LA VIGENCIA ANTERIOR SE OBSERVA UN AVANCE DEL 0,44%, QUE AL EVALUAR SE OBSERVA UN CRECIMIENTO EN LA MISMA MEDIDA COMO APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL.

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO No. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO DE LA ESE HRPL POR SU AVANCE EN SEGURIDAD A PACIENTE.</b>				
<b>META ESTRATEGICA 5.</b>	<b>RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL QUE AVANZA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>				
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- CALIDAD</li> <li>- MECI</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- QUIRÚRGICO HOSPITALARIO</li> <li>- MATERNO INFANTIL</li> <li>- SALUD Y SEGURIDAD PARA EL TRABAJO</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>				
<b>ESTRATEGIA 10</b>	<b>REALIZAR ACTIVIDADES QUE PERMITAN MINIMIZAR LOS RIESGOS QUE IMPACTAN EL ENTORNO AMBIENTAL Y MEJORAR CALIDAD DE VIDA.</b>				
<b>PROYECTO 11</b>	<b>HOSPITAL VERDE Y SALUDABLE.</b>				
<b>META PLAN OPERATIVO 11</b>	<b>&gt; 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS</b>				
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020</b>	<b>No.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2018</b>	<b>EVALUACIÓN 2018</b>		<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
			<b>META</b>	<b>SI NO</b>	
<b>18. PRIORIZAR LA SALUD AMBIENTAL COMO UNA POLITICA EN LA ESE HRPL</b>	32	Constituir un Grupo de Trabajo Hospitalario, comprometido con el Proyecto Hospital Verde y Saludable responsable de liderar las acciones para preservar el medio ambiente, y hacer de los servicios y áreas funcionales un lugar amigable, saludable para usuarios internos y externos mediante la incorporación de prácticas y principios ecológicos..	SI SE CUMP LE LA META SE LOGR A DESA RROL LAR MÁS DEL 80% DE LAS ACTIVIDADES PROG	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE ORGANIZA GRUPO RESPONSABLE DE LIDERAR LA SOCIALIZACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE HOSPITAL VERDE Y SALUDABLE EN LA ESE, SE PLANEAN ACTIVIDADES.
	33	Promover mediante capacitación y educación a usuarios internos y externos sobre los factores ambientales y su impacto para la Prevención de Enfermedades,	RAMA DAS. Fuente : CERTIFICACIÓN LÍDER DE	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE PLANEAN ACTIVIDADES DE SOCIALIZACIÓN, SENSIBILIZACIÓN ASEO, ORNATO, REPOSICIÓN DE LUMINARIAS INCANDESCENTES POR LED, SE INICIA USO DE PINTURA AMIGABLE DEL

			GESTIÓN AMBIENTAL Y		MEDIO AMBIENTE SE OFICIALIZA POR RESOLUCIÓN LA POLÍTICA DE HOSPITAL VERDE EN LA ESE.
	34	Implementar plan de reposición de materiales, elementos y sustancias químicas utilizadas en el Mantenimiento hospitalario, utilizando sustancias química, materiales, productos por alternativas más seguras; luminarias led, pinturas ecológica, a fin de resguardar la salud de los pacientes, de los trabajadores y de la comunidad,	COORDINADOR DEL PROGRAMA DE SALUD Y SEGURIDAD PARA EL TRABAJO.	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE PLANEAN ACTIVIDADES DE SOCIALIZACIÓN, SENSIBILIZACIÓN ASEO, ORNATO, REPOSICIÓN DE LUMINARIAS INCANDESCENTES POR LED, SE INICIA USO DE PINTURA AMIGABLE DEL MEDIO AMBIENTE SE OFICIALIZA POR RESOLUCIÓN LA POLÍTICA DE HOSPITAL VERDE EN LA ESE.
	35	Sensibilizar nuevamente los Programas Rosario Ahorra, Rosario Recicla, dirigidos a hacer el uso eficiente de los recursos naturales mediante la creación de conciencia a fin de reducir el consumo de agua, energía, papel, fomentando el ornato y limpieza de áreas verdes internas y externas.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE PLANEAN ACTIVIDADES DE SOCIALIZACIÓN, SENSIBILIZACIÓN ASEO, ORNATO, REPOSICIÓN DE LUMINARIAS INCANDESCENTES POR LED, SE INICIA USO DE PINTURA AMIGABLE DEL MEDIO AMBIENTE SE OFICIALIZA POR RESOLUCIÓN LA POLÍTICA DE HOSPITAL VERDE EN LA ESE.

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO No. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO DE LA ESE HRPL POR SU AVANCE EN SEGURIDAD A PACIENTE.</b>
<b>META ESTRATEGICA 5.</b>	<b>RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL QUE AVANZA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>
<b>AREAS SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- CALIDAD</li> <li>- MECI</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- QUIRÚRGICO HOSPITALARIO</li> <li>- SISTEMAS</li> <li>- ESTADÍSTICA</li> <li>- MATERNO INFANTIL</li> <li>- SALUD Y SEGURIDAD PARA EL TRABAJO</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA 11</b>	<b>FORTALECER LA HUMANIZACIÓN EN LA ESE QUE PROPENDAN POR LA CALIDAD DE VIDA Y LA DIGNIDAD DE SUS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS.</b>
<b>PROYECTO 12</b>	<b>CRECIENDO JUNTOS CON LA POLITICA DE HUMANIZACIÓN DE LA ESE HRPL.</b>
<b>META PLAN OPERATIVO 12</b>	<b>&gt; 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE HUMANIZACIÓN PROGRAMADAS.</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020	No.	PLAN DE ACCIÓN 2018	EVALUACIÓN 2018			CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			META	SI	NO	
<b>19. CAPACITAR AL TALENTO HUMANO</b>	36	Socializar el Programa de Humanización, Política de Humanización.	SI SE CUMPLE LA META $\geq$ 80% <i>Fuente:</i> CER TIFICACIÓN LÍDER DE CALIDAD DE LA ESE.	SI		<b>CALIFICACIÓN 100%, SE SOCIALIZA PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN CON LOS SIGUIENTES ENFOQUES: COMUNICACIÓN ASERTIVA, MEDICIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL, ACOSO LABORAL, CURSO DE HUMANIZACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA, CAPACITACIÓN EN ESTRÉS LABORAL, PERSONALIDADES TOXICAS, MEDICINA VIDA Y SALUD, SOCIALIZACIÓN DE LOS VALORES Y PRINCIPIO CORPORATIVOS, SOCIALIZACIÓN DE DEBERES Y DERECHOS, ATENCIÓN AL CIUDADANO COMO PILAR EN LA SATISFACCIÓN DEL</b>

				<p>SERVICIO, MEJORA EN LA ATENCIÓN AL CIUDADANO; MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA DE LOS DEBERES Y DERECHOS DEL USUARIO, MEDICIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL.</p> <p>ENFOQUE EN ATENCIÓN HUMANIZADA CON CALIDAD: SE DESARROLLÓ PROYECTO INTERNACIONAL ROSARIO SONRÍE CON AISEC (ACTIVIDADES RECREATIVAS EN MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE NUESTROS USUARIOS), SE SOCIALIZARON LOS DEBERES Y DERECHOS, PROGRAMA IAMI, PROGRAMA UCI PUERTAS ABIERTAS, JORNADAS DE DONACIÓN, ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL A LOS PACIENTES, NOVENAS NAVIDEÑAS, SE MIDIO LA SATISFACCIÓN GLOBAL DE NUESTROS USUARIOS SE GESTIONARON EL 100% DE LA QUEJAS PRESENTADAS, ENTRE OTRAS.</p> <p>ENFOQUE DE AMBIENTES CÓMODOS Y SEGUROS: MEJORAMIENTO EN INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO A CONSULTA EXTERNA: CONSULTORIOS MÉDICOS, ÁREA DE FACTURACIÓN, SIAU, PASILLO SALA DE ESPERA, OFICINAS; UCI, BLOQUE ADMINISTRATIVO, MANTENIMIENTO (SOAT, CIENTÍFICA, PASILLOS); ADECUACIÓN</p>
--	--	--	--	---

					DEL JARDÍN VIRGEN LA MILAGROSA, IMPLEMENTACIÓN DE ALUMBRADO LED EN LA TORRE DE HOSPITALIZACIÓN.
--	--	--	--	--	---

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO No. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO DE LA ESE HRPL POR SU AVANCE EN SEGURIDAD A PACIENTE.</b>
<b>META ESTRATEGICA 5.</b>	<b>RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL QUE AVANZA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- CALIDAD</li> <li>- MECI</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- QUIRÚRGICO HOSPITALARIO</li> <li>- SISTEMAS</li> <li>- ESTADÍSTICA</li> <li>- MATERNO INFANTIL</li> <li>- SALUD Y SEGURIDAD PARA EL TRABAJO</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA 11</b>	<b>FORTALECER LA HUMANIZACIÓN EN LA ESE QUE PROPENDAN POR LA CALIDAD DE VIDA Y LA DIGNIDAD DE SUS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS.</b>
<b>PROYECTO 12</b>	<b>CRECIENDO JUNTOS CON LA POLITICA DE HUMANIZACIÓN DE LA ESE HRPL.</b>
<b>META PLAN OPERATIVO 12</b>	<b>&gt; 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE HUMANIZACIÓN PROGRAMADAS.</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020	No.	PLAN DE ACCIÓN 2018	EVALUACIÓN 2018			CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			META	SI	NO	
<b>20. DESARROLLAR HABILIDADES Y CAPACIDADES EN EL TALENTO HUMANO A TRAVÉS DE LA CUALIFICACIÓN.</b>	37	Capacitar en Humanización al talento humano.	<b>SI SE CUMPLE LA META <math>\geq</math> 80%</b> <i>Fuente :</i> CERTIFICACIÓN LÍDER DE CALIDAD DE LA ESE	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE CAPACITA AL TALENTO HUMANO EN TRATO HUMANIZADO CON ÉNFASIS EN LOS SERVICIOS VULNERABLES COMO POBLACIÓN PRIORIZADA Y EN GENERAL A TODO EL PERSONAL DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES Y ÁREAS ADMINISTRATIVAS UTILIZANDO DIFERENTES MODALIDADES DE CAPACITACIÓN Y ACTIVIDADES LÚDICAS

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>					
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO No. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO DE LA ESE HRPL POR SU AVANCE EN SEGURIDAD A PACIENTE.</b>					
<b>META ESTRATEGICA 5.</b>	<b>RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL QUE AVANZA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>					
<b>AREAS SERVICIOS</b>	<b>O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- CALIDAD</li> <li>- MECI</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- QUIRÚRGICO HOSPITALARIO</li> <li>- SISTEMAS</li> <li>- ESTADÍSTICA</li> <li>- MATERNO INFANTIL</li> <li>- SALUD Y SEGURIDAD PARA EL TRABAJO</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>				
<b>ESTRATEGIA 11</b>	<b>FORTALECER LA HUMANIZACIÓN EN LA ESE QUE PROPENDAN POR LA CALIDAD DE VIDA Y LA DIGNIDAD DE SUS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS.</b>					
<b>PROYECTO 12</b>	<b>CRECIENDO JUNTOS CON LA POLITICA DE HUMANIZACIÓN DE LA ESE HRPL.</b>					
<b>META PLAN OPERATIVO 12</b>	<b>&gt; 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE HUMANIZACIÓN PROGRAMADAS.</b>					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020	No.	PLAN DE ACCIÓN 2018	EVALUACIÓN 2018			CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			META	SI	NO	
<b>21. OFRECER TRATO HUMANIZADO QUE PROPENDAN POR LA VIDA Y DIGNIDAD DE LOS USUARIOS EXTERNOS Y COMUNIDAD</b>	38	Medir el Clima Organizacional, Socializar los Deberes y Derechos de los Usuarios al talento humano, realizar actividad del día del abrazo.	<b>SI SE CUMPLE LA META A ≥ 80%</b> <i>Fuente:</i> CERTIFICACIÓN LÍDER DE CALIDAD DE LA ESE	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE DISEÑA ENCUESTA PARA EVALUAR CLIMA ORGANIZACIONAL QUE SE HABILITA EN EL SISTEMA INSTITUCIONAL DARUMA, CON EL FIN DE EVALUAR: COMUNICACIÓN, LIDERAZGO, RELACIONES INTERPERSONALES, PARTICIPACIÓN, RECONOCIMIENTO, EN ESTA ENCUESTA LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN SON: EN DESACUERDO, INDIFERENTE, DE ACUERDO Y TOTALMENTE DE ACUERDO. EN LA SEMANA DE LA SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO SE REALIZARON ACTIVIDADES CON MIMOS EN TODO EL HOSPITAL INVOLUCRANDO A USUARIOS INTERNOS Y

					<p>EXTERNOS MANEJANDO EL MENSAJE CON ENFOQUE DE DERECHOS Y DEBERES, SE SOCIALIZAN LOS DERECHOS Y DEBERES EN DIFERENTES ESCENARIOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS, FORTALECIENDO AMBIENTE LABORAL. SE APLICA ENCUESTA PARA EVALUAR CLIMA ORGANIZACIONAL SE ANALIZAN RESULTADOS UNA VEZ EVALUADO PARA UTILIZAR RESULTADOS EN PLAN DE MEJORAMIENTO.</p>
	39	Avanzar en el Proyecto Rosario Sonríe.		SI	<p>CALIFICACIÓN 100%, EN LA SEMANA DE LA SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO SE REALIZARON ACTIVIDADES DEL PROYECTO SOMOS EXPRESIONES DE AMOR CON MIMOS EN TODO EL HOSPITAL INVOLUCRANDO A USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS MANEJANDO EL MENSAJE CON ENFOQUE DE DERECHOS Y DEBERES, SE SOCIALIZAN LOS DERECHOS Y DEBERES EN DIFERENTES ESCENARIOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS, FORTALECIENDO AMBIENTE LABORAL, SE REALIZAN ACTIVIDADES DE FIN DE AÑO ARMONIZÁNDOLO CON EL PROYECTO ROSARIO SONRÍE Y DEMÁS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA ÉPOCA DECEMBRINA COMO ARREGLOS DE OFICINAS, CELEBRACIONES INSTITUCIONALES, ENCUENTROS EXTRA LABORALES.</p>

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO No. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO DE LA ESE HRPL POR SU AVANCE EN SEGURIDAD A PACIENTE.</b>
<b>META ESTRATEGICA 5.</b>	<b>RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL QUE AVANZA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- CALIDAD</li> <li>- MECI</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- QUIRÚRGICO HOSPITALARIO</li> <li>- SISTEMAS</li> <li>- ESTADÍSTICA</li> <li>- MATERNO INFANTIL</li> <li>- SALUD Y SEGURIDAD PARA EL TRABAJO</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA 11</b>	<b>FORTALECER LA HUMANIZACIÓN EN LA ESE QUE PROPENDAN POR LA CALIDAD DE VIDA Y LA DIGNIDAD DE SUS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS.</b>
<b>PROYECTO 12</b>	<b>CRECIENDO JUNTOS CON LA POLITICA DE HUMANIZACIÓN DE LA ESE HRPL.</b>
<b>META PLAN OPERATIVO 12</b>	<b>&gt; 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE HUMANIZACIÓN PROGRAMADAS.</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020	No.	PLAN DE ACCIÓN 2018	EVALUACIÓN 2018			CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			META	SI	NO	
22. MANTENER AL USUARIO INFORMADO QUE PERMITAN SATISFACER SUS NECESIDADES	40	Mantener al usuario informado mediante los diferentes medios de comunicación de la ESE,	SI SE CUMPLE LA META $\geq 80\%$ FUE CERTIFICACIÓN LÍDER DE CALIDAD DE LA ESE	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE MANTIENE EN PERMANENTE ACTUALIZACIÓN LA PÁGINA INSTITUCIONAL, SE CUENTA CON BUZONES DE SUGERENCIAS, SE PLANEA E INICIA EL CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES AL USUARIO, SE MEJORAN LAS INSTALACIONES DEL SIAU, CON EL FIN DE MEJORAR CONFORT Y ACCESIBILIDAD AL USUARIO. SE EVALÚA PERMANENTEMENTE LA SATISFACCIÓN DE NUESTROS USUARIOS(AS), MEDIANTE LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS POR ÁREAS O SERVICIOS, BUZONES DE PQR, PRESENCIAL EN LA OFICINA DE SIAU, Y SE EVALÚA PERMANENTEMENTE LA SATISFACCIÓN DE

					NUESTROS USUARIOS(AS), MEDIANTE LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS POR ÁREAS O SERVICIOS, BUZONES DE PQR, PRESENCIAL EN LA OFICINA DE SIAU,
--	--	--	--	--	---

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO No. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO DE LA ESE HRPL POR SU AVANCE EN SEGURIDAD A PACIENTE.</b>
<b>META ESTRATEGICA 5.</b>	<b>RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL QUE AVANZA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- CALIDAD</li> <li>- MECI</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- QUIRÚRGICO HOSPITALARIO</li> <li>- SISTEMAS</li> <li>- ESTADÍSTICA</li> <li>- MATERNO INFANTIL</li> <li>- SALUD Y SEGURIDAD PARA EL TRABAJO</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA 11</b>	<b>FORTALECER LA HUMANIZACIÓN EN LA ESE QUE PROPENDAN POR LA CALIDAD DE VIDA Y LA DIGNIDAD DE SUS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS.</b>
<b>PROYECTO 12</b>	<b>CRECIENDO JUNTOS CON LA POLITICA DE HUMANIZACIÓN DE LA ESE HRPL.</b>
<b>META PLAN OPERATIVO 12</b>	<b>&gt; 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE HUMANIZACIÓN PROGRAMADAS.</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020	No.	PLAN DE ACCIÓN 2018	EVALUACIÓN 2018			CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			META	SI	NO	
23. MEJORAR LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN PRO DEL RESPETO Y LA DIGNIDAD HUMANA, LOGRANDO CON ELLO FOMENTAR CULTURA DE SERVICIO HUMANIZADO EN LA ESE HRPL.	41	Novenas Navideñas,	SI SE CUMPLE LA META A ≥ 80% <i>Fuente:</i> CERTIFICACIÓN LÍDER DE CALI	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE ORGANIZA POR LA OFICINA DE RECURSO HUMANO APOYADOS CON EL GUÍA ESPIRITUAL DE LA ESE LA PROGRAMACIÓN POR ÁREAS Y OFICINAS LA REALIZACIÓN DE LAS NOVENAS DE NAVIDAD 2018, DIRIGIDA A USUARIOS INFANTES NIÑOS Y NIÑAS, ASÍ COMO PARA HIJOS MENORES DE LOS TRABAJADORES DE LA ESE, CON EL FIN DE SENSIBILIZAR AL PERSONAL, FORTALECER

Nit: 892.399.994-5

			DAD DE LA ESE		LA HUMANIZACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO INSTITUCIONAL. SE REALIZAN NOVENAS POR ÁREAS CONFORME A LO PROGRAMADO POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO ORGANIZANDO CORO INSTITUCIONAL CON LOS HIJOS MENORES DE LOS TRABAJADORES, CONTANDO CON LOS PACIENTICOS DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA COMO INVITADOS ESPECIALES ACOMPAÑADOS DE SUS FAMILIARES Y PERSONAL CON APOYO DEL GUÍA ESPIRITUAL, GESTIONANDO LOS AGUINALDOS, MERIENDAS, ETCÉTERA.
	42	Divulgar los Deberes y Derechos a los Usuarios,		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE ORGANIZA SENSIBILIZACIÓN AL PERSONAL EN DEBERES Y DERECHOS DEL USUARIO, EN EL MARCO DE LOS ENFOQUES DEL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN, CON ACTIVIDADES CONTINUAS DURANTE LA VIGENCIA SOCIALIZANDO DEBERES Y DERECHOS Y SUS RESPECTIVA MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA DE LOS DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS DE FORMA PERIÓDICA.

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO No. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO DE LA ESE HRPL POR SU AVANCE EN SEGURIDAD A PACIENTE.</b>
<b>META ESTRATEGICA 5.</b>	<b>RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL QUE AVANZA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>
<b>AREAS SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- CALIDAD</li> <li>- MECI</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- QUIRÚRGICO HOSPITALARIO</li> <li>- SISTEMAS</li> <li>- ESTADÍSTICA</li> <li>- MATERNO INFANTIL</li> <li>- SALUD Y SEGURIDAD PARA EL TRABAJO</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA 11</b>	<b>FORTALECER LA HUMANIZACIÓN EN LA ESE QUE PROPENDAN POR LA CALIDAD DE VIDA Y LA DIGNIDAD DE SUS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS.</b>
<b>PROYECTO 12</b>	<b>CRECIENDO JUNTOS CON LA POLITICA DE HUMANIZACIÓN DE LA ESE HRPL.</b>
<b>META PLAN OPERATIVO 12</b>	<b>&gt; 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE HUMANIZACIÓN PROGRAMADAS.</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020	No.	PLAN DE ACCIÓN 2018	EVALUACIÓN 2018			CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			META	SI	NO	
24. PERFECCIONAR LAS ACCIONES QUE GARANTICEN AMBIENTES SEGUROS, CÓMODOS Y ACOGEDORES, PARA EL USUARIO, FAMILIA Y COLABORADORES.	43	Dar asistencia espiritual y psicológica a los usuarios y usuarias externos.	SI SE CUMPLE LA META $\geq 80\%$ <i>Fuente:</i> CERTIFICACIÓN LÍDER DE CALIDAD DE LA ESE	SI		CALIFICACIÓN 100%, INSTITUCIONALMENTE LA ESE CUENTA CON GUÍA ESPIRITUAL COMO APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO BRINDANDO AYUDA ESPIRITUAL Y LAS NECESIDADES DE USUARIOS, SUS FAMILIAS LOS COLABORADORES DE LA ESE MEDIANTE ACTIVIDADES COLECTIVAS E INDIVIDUALES.
	44	Disponer de lugares de lecturas en la ESE, Realizar jornadas de donación,		SI		CALIFICACIÓN 100%, SE SOCIALIZA LA GUIA DE MANEJO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA O SEVERA EN LOS NIÑOS DE 0-59 MESES DE EDAD, PROTOCOLO DE ATENCIÓN A SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIAS SEXUAL EN EL SERVICIO DE

Nit: 892.399.994-5

					PEDIATRÍA.ATENCIÓN AL BINOMIO MADRE HIJO CON 35 HORAS DE CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO QUE ASISTIÓ. SE CAPACITA AL TALENTO HUMANO DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS Y PUERPERIO EN LAS PRIMERAS CAUSAS DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y PROTOCOLOS APROBADOS POR EL MSPS.
--	--	--	--	--	--

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>					
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO No. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO DE LA ESE HRPL POR SU AVANCE EN SEGURIDAD A PACIENTE.</b>					
<b>META ESTRATEGICA 5.</b>	<b>RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL QUE AVANZA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>					
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- CALIDAD</li> <li>- MECI</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- QUIRÚRGICO HOSPITALARIO</li> <li>- SISTEMAS</li> <li>- ESTADÍSTICA</li> <li>- MATERNO INFANTIL</li> <li>- SALUD Y SEGURIDAD PARA EL TRABAJO</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>					
<b>ESTRATEGIA 12</b>	<b>&gt; 20% CUMPLIMIENTO RIAS</b>					
<b>PROYECTO 13</b>	<b>HOSPITAL POSICIONADO COMO: 1) EL HOSPITAL COMO PILAR DE RED AVANZANDO EN LAS RIAS PRIORIZADAS POR EL MSPS.</b>					
<b>META PLAN OPERATIVO 24</b>	<b>&gt; 80% CUMPLIMIENTO DE LAS RIAS APROBADAS POR EL MSPS.</b>					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020</b>						
	No.	PLAN DE ACCIÓN 2018	EVALUACIÓN 2018			CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			META	SI	NO	
<b>25. AVANZAR EN LA RIA MATERNO PERINATAL.</b>	45	Actualizar Guías en el marco de las RIAS Materno perinatal.	SI SE CUMPLE LA	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE PLANEAN LAS NECESIDADES EN EL MARCO DE LOS REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN RESOLUCIÓN 2003 DE 2014, SE FORMALIZA CONTRATACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE UN ASESOR ESPECIALIZADO PARA EL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN, CAPACITACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO PARA EN LA IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE ADHERENCIA DE LAS GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN EL MARCO DE LAS RIAS PARA LA ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ. Y SE EJECUTA CONTRATACIÓN GUÍAS DE PRÁCTICA
<b>26. AVANZAR EN LA RIA DE ALTERACIONES NUTRICIONALES.</b>	46	Ser líder como entidad Piloto en el programa de retinopatía del prematuro.	MET A ≥ 80% Fuente:	SI		
<b>27. AVANZAR EN LA RIA DE ALTERACIONES Y TRASTORNOS VISUALES.</b>	47	Ser líder como entidad piloto en el manejo de la desnutrición en el menor de 59 meses.	CERTIFICACIÓN PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD COO	SI		

			RDIN ADO RA MAT ERN O INFA NTIL		<p>CLÍNICA, (GPC)., MANUAL DE ADOPCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LAS GPC CON EVIDENCIA CIENTÍFICA NACIONAL E INTERNACIONAL</p> <p>ADOPCIÓN E IMPLEMENTACIÓN EN LAS GPC DE: RECIÉN NACIDO SANO, GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA DIABETES</p> <p>MELLITUS TIPO 2 EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS, GPC PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y COMPLICACIONES, DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS.</p> <p>GPC PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO, ABORDAJE DE LAS COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS ASOCIADAS AL EMBARAZO</p> <p>GPC PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO E INICIO DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LOS ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA, GPC BASADA EN LA EVIDENCIA PARA EL USO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS, (ADOPCIÓN)</p>
--	--	--	--	--	---

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>					
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO No. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO DE LA ESE HRPL POR SU AVANCE EN SEGURIDAD A PACIENTE.</b>					
<b>META ESTRATEGICA 5.</b>	<b>RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL QUE AVANZA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>					
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- CALIDAD</li> <li>- MECI</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- QUIRÚRGICO HOSPITALARIO</li> <li>- SISTEMAS</li> <li>- ESTADÍSTICA</li> <li>- MATERNO INFANTIL</li> <li>- SALUD Y SEGURIDAD PARA EL TRABAJO</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>					
<b>ESTRATEGIA 13</b>	<b>100% DE GESTIÓN PARA PREVENIR EL RIESGO DE SUFRIR EVENTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y FORTALECER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>					
<b>PROYECTO 14</b>	<b>CRECIENDO JUNTOS CON LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>					
<b>META PLAN OPERATIVO 14x</b>	<b>&gt; 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ESE PROGRAMADAS.</b>					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018	No.	PLAN DE ACCIÓN 2018	EVALUACIÓN 2018			CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			META	SI	NO	
<b>28. FORTALECER ESTRATEGIAS ENMARCADAS DENTRO DE LA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA CUMPLIR EN LA ESE CON LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CONTINUANDO CON SU EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.</b>	48	Fortalecer la cultura de seguridad del paciente mediante el despliegue y socialización apoyados en ayudas audiovisuales y medios de comunicación internos.	SI SE CUMPL E LA META ≥ 80% Fuente: CERTIFICACIÓN REFERENTE SEGURIDAD PACIENTE	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE ANALIZA COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR, SE EVALÚA ADHERENCIA DE LAS GUIAS DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (USO DE PULSERAS, CARTELERA DE IDENTIFICACIÓN POR UNIDAD, CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA, SE HACE LANZAMIENTO DE LOS VIDEOS INSTITUCIONALES "FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD", SE PARTICIPA EN EL

					<p>FESTIVAL DE LA SALUD CON STAM, ACTIVIDADES LÚDICAS; (SOCIODRAMA, FOLLETOS Y CHARLAS), SE HACE MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD, ARROJANDO UN COMPORTAMIENTO DEL 85% DE PERSONAL CONOCE LA POLÍTICA Y APLICA BARRERAS DE SEGURIDAD, DE ACUERDO CON LAS METAS INTERNACIONALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD PACIENTE Y SE DESARROLLA LA SEMANA DE SEGURIDAD PACIENTE, TENIENDO EN CUENTA LAS METAS INTERNACIONALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD PACIENTE CON LA PARTICIPACIÓN DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS TENIENDO EN CUENTA BARRERAS DE SEGURIDAD EN CADA UNA DE ELLAS.</p>
	49	Implementar el uso de la pulsera de identificación del paciente		SI	<p>CALIFICACIÓN 100%, SE GESTIONA DONACIÓN PULSERAS CON EMPRESAS CONTRATISTAS Y SE MANTIENE EL USO DE LA PULSERA DE IDENTIFICACIÓN DE TODO PACIENTE INSTITUCIONAL, SE HACE MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA DEL USO ADECUADO DE LA PULSERA DE IDENTIFICACIÓN.</p>
	50	Evaluar adherencia de las guías de buenas prácticas en seguridad del paciente.		SI	<p>CALIFICACIÓN 100%, SE APLICÓ LISTA DE CHEQUEO PARA LA EVALUACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE, SE APLICA</p>

Nit: 892.399.994-5

						<p>LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR ENTENDIMIENTO DE LA EDUCACIÓN BRINDADA AL PACIENTE Y/ FAMILIAR SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN POR PACIENTE POR PACIENTE POR SERVICIO. SE APLICA LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR ADHERENCIA DE BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE, APLICANDO LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR ENTENDIMIENTO DE LA EDUCACIÓN BRINDADA AL PACIENTE Y/ FAMILIAR SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN POR PACIENTE POR PACIENTE POR SERVICIO DE FORMA PERIÓDICA EN LA VIGENCIA.</p>
--	--	--	--	--	--	--

<b>LÍNEA 4</b>	CAMINANDO JUNTOS CON EL CAPITAL HUMANO					
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO No. 4</b>	CUMPLIR LAS POLÍTICAS DE LA DIMENSIÓN DE TALENTO HUMANO, SEGÚN MIPG, VERSIÓN II					
<b>META ESTRATEGICA 6.</b>	100% CUMPLIMIENTO DIMENSIÓN DEL TALENTO HUMANO SEGÚN MIPG, VERSIÓN II					
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- PROFESIONAL ESPECIALIZADO TALENTO HUMANO</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- DOCENCIA SERVICIOS</li> <li>-GESTIÓN AMBIENTAL, SALUD Y SEGURIDAD PARA EL TRABAJO</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>					
<b>ESTRATEGIA 14</b>	DESARROLLAR LAS POLÍTICAS DE LA DIMENSIÓN DE TALENTO HUMANO SEGÚN MIPG, VERSIÓN II.					
<b>PROYECTO 15</b>	GESTIÓN DE LA DIMENSIÓN DE TALENTO HUMANO SEGÚN MIPG, VERSIÓN II					
<b>META PLAN OPERATIVO 15.</b>	<b>&gt; 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS</b>					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020	No.	PLAN DE ACCIÓN 2018	EVALUACIÓN 2018			CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			META	SI	NO	
<b>29. IMPLEMENTAR LAS POLÍTICAS DE TALENTO HUMANO E INTEGRIDAD, SEGÚN MIPG VERSIÓN II,</b>	51	Realizar Autodiagnóstico para evaluar línea base Institucional de los valores contemplados en el Código de Integridad del servicio público.	SI SE CUMPL E LA META SE IMPL E MENTA LA POLÍTI CA DE GESTI ÓN	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE REALIZA AUTODIAGNÓSTICO DE LA POLÍTICA DE INTEGRIDAD, PREVIA CAPACITACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN DIFERENTES EVENTOS ACADÉMICOS.
	52	Aprobar Código de Integridad Institucional por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.	DEL TALEN TO HUMA NO > AL 80% Fuente CERTI FICACI ÓN SECRE TARIO COMIT É INSTIT UCION AL DE GESTI	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE INCLUYE EN LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN SEGÚN MIPG VERSIÓN II, PARA LA VIGENCIA 2018 LA ADOPCIÓN DEL CÓDIGO DE INTEGRIDAD, CONFORME A LO EXIGIDO EN EL MIPG VERSIÓN II, SE DISEÑA DE FORMA PARTICIPATIVA LIDERADO POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO EL CONTENIDO DE LA POLÍTICA DE INTEGRIDAD PARA SU ADOPCIÓN EN LA ESE. EN COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO EN

			ÓN Y DESEM PEÑO DE LA ESE.		SU REUNIÓN ORDINARIA DEL 17 DE OCTUBRE DE 2018 APRUEBA EL CÓDIGO DE INTEGRIDAD, DANDO RECOMENDACIONES PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN LA ESE.
	53	Evaluación de Resultados de la implementación de la Política de Integridad		SI	CALIFICACIÓN 100%, EL COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO EN SU REUNIÓN ORDINARIA DEL 23 DE JULIO DE 2018, APROBÓ INCLUIR EN LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN SEGÚN MIPG VERSIÓN II, PARA LA VIGENCIA 2018 LA ADOPCIÓN DEL CÓDIGO DE INTEGRIDAD, CONFORME A LO EXIGIDO EN EL MIPG VERSIÓN II. SE DISEÑA DE FORMA PARTICIPATIVA LIDERADO POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO EL CONTENIDO DE LA POLÍTICA DE INTEGRIDAD PARA SU ADOPCIÓN EN LA ESE. EN COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO EN SU REUNIÓN ORDINARIA DEL 17 DE OCTUBRE DE 2018 APRUEBA EL CÓDIGO DE INTEGRIDAD, DANDO RECOMENDACIONES PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN LA ESE, SE PUBLICA EN LA Página web <a href="http://www.hrplopez.gov.co/archivos/codigo%20de%20integridad%20(edicion%201%20)-ilovepdf-compressed.pdf">http://www.hrplopez.gov.co/archivos/codigo%20de%20integridad%20(edicion%201%20)-ilovepdf-compressed.pdf</a> .
	54	Realizar Autodiagnóstico de la Dimensión Gestión del Talento Humano según MIPG		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE REALIZA AUTODIAGNÓSTICO DE LA DIMENSIÓN DE TALENTO HUMANO DE MANERA PARTICIPATIVA LIDERADO POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA ESE CON UNA CALIFICACIÓN DE 60.1, CON EL FIN DE FORMULAR PLAN DE ACCIÓN A PARTIR DE LAS RUTAS PRIORIZADAS EN LA

					HERRAMIENTA UTILIZADA, APORTADA POR EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA (MIPG VERSIÓN II, VERSIÓN 2). EN COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO EN SU REUNIÓN ORDINARIA DEL 17 DE OCTUBRE DE 2018 SE REvisa RESULTADOS AUTODIAGNÓSTICO DE LA DIMENSIÓN DE TALENTO HUMANO.
	55	Realizar Plan de Acción a Corto Mediano y Largo Plazo para la adopción e Implementación de la Política de Gestión del Talento Humano.		SI	SE FORMULA DE MANERA PARTICIPATIVA PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO FORMULADO A PARTIR DE LOS RESULTADOS DEL AUTODIAGNÓSTICO DE LA DIMENSIÓN DE TALENTO HUMANO SEGÚN MIPG VERSIÓN II,, SEGÚN DIRECTRIZ DEL MIPG VERSIÓN II, PARA ESTA DIMENSIÓN. EN COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO EN SU REUNIÓN ORDINARIA DEL 17 DE OCTUBRE DE 2018, SE REvisa PLAN DE ACCIÓN DE LA DIMENSIÓN DE TALENTO HUMANO SEGÚN MIPG VERSIÓN II,

<b>LÍNEA 5</b>	<b>JUNTOS HACIENDO CRECER LA ESE HRPL</b>					
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO NO. 5</b>	<b>DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN QUE PERMITAN EL MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE LA ESE</b>					
<b>META ESTRATÉGICA 7.</b>	<b>&gt; 15% CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN DE LOS DIFERENTES PROYECTOS</b>					
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- TALENTO HUMANO</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- DOCENCIA SERVICIOS</li> <li>- PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD COORDINACIÓN MATERNO INFANTIL</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>					
<b>ESTRATEGIA 15</b>	<b>IMPLEMENTAR PROGRESIVAMENTE EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS QUE NOS PERMITAN ACREDITARNOS COMO HOSPITAL UNIVERSITARIOS.</b>					
<b>PROYECTO 16</b>	<b>&gt; 80% CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE PROYECTOS</b>					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020</b>	<b>No.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2018</b>	<b>EVALUACIÓN 2018</b>			<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
			<b>META</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>30. FORMULACIÓN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DIRIGIDO A LA ACREDITACIÓN DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.</b>	56	Conformación del Equipo de Autoevaluación responsable de Implementar la Ruta crítica de Acreditación a partir del componente PAMEC, según los Estándares identificados en el Manual de Acreditación ambulatorio y hospitalario.	SI SE CUMPLE LA META > 80% FUENTE: CERTIFICACIÓN ASesor DE PLAN EACIÓ N DE LA ESE.	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE CONVOCA A LOS LÍDERES POR GRUPO DE ESTÁNDARES Y APOYO AL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN DE ACUERDO CON LOS GRUPOS CONFORMADOS CON EL FIN DE PLANIFICAR LA FORMA DE TRABAJO PARA LA FORMULACIÓN DEL PAMEC 2018 BASADO EN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN, CON ÉNFASIS EN EL PROGRAMA DOCENCIA SERVICIO, ESTÁNDARES DE TALENTO HUMANO, ASISTENCIALES, Y DEMÁS ESTÁNDARES RELACIONADOS CON PERSONAL EN FORMACIÓN, CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO, SE REALIZA REUNIÓN ESTRATÉGICA CON DELEGADAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL CON EL FIN DE CONOCER EL MARCO ESTRATÉGICO

					<p>DE LA ESE ENTRE OTROS ASPECTOS DE INTERÉS GENERAL DE LA ENTIDAD ACADÉMICA EN ARAS DE PRIORIZAR LA ESE COMO CENTRO DE PRÁCTICA PARA EL PERSONAL DE ESTUDIANTADO EN FORMACIÓN PROFESIONAL DE LOS PROGRAMAS ACADÉMICOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS CON SEDE EN LA REGIÓN. SE CONVOCA AL GRUPO DE AUTOEVALUACIÓN CONFORMADO CON EL FIN DE EVALUAR CON BASE EN LOS ESTÁNDARES DEL SUA (RESOLUCIÓN 5095 DE 2018 Y SU MANUAL VERSIÓN 3.1), Y OBTENER LOS DATOS QUE EVIDENCIEN EL AVANCE LOGRADO EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LA ESE AL CIERRE DE LA VIGENCIA 2018, ENFOCADOS AL PROCESO DOCENCIA SERVICIO, PARA LO CUAL SE OBTUVO UN CRECIMIENTO DE 2,44.</p>
--	--	--	--	--	---

<b>LÍNEA 5</b>	<b>JUNTOS HACIENDO CRECER LA ESE HRPL</b>					
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO NO. 5</b>	<b>DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN QUE PERMITAN EL MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE LA ESE</b>					
<b>META ESTRATÉGICA 7.</b>	<b>&gt; 15% CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN DE LOS DIFERENTES PROYECTOS</b>					
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- TALENTO HUMANO</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- DOCENCIA SERVICIOS</li> <li>- PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD COORDINACIÓN MATERNO INFANTIL</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>					
<b>ESTRATEGIA 16</b>	<b>GESTIONAR PROYECTOS PARA EL DESARROLLO INSTITUCIONAL, INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN.</b>					
<b>PROYECTO 17</b>	<b>MEJORAMIENTO CONTINUÓ A TRAVÉS DE INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN</b>					
<b>META PLAN OPERATIVO 17</b>	<b>&gt; 80% CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE PROYECTOS</b>					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020	No.	PLAN DE ACCIÓN 2018	EVALUACIÓN 2018			CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			META	SI	NO	
31. DOTAR DE EQUIPOS MEDICOS Y MUEBLES HOSPITALARIOS POR MEDIO DE PROYECTO A ENTES GUBERNAMENTALES PARA LOS SERVICIOS MATERNO INFANTIL INCLUIDO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL.	57	<p>Actualizar en Plan bienal de inversiones en salud Proyectos Adquisición de Equipos Médicos y Muebles Hospitalarios para el Servicio Materno del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE.</p> <p>58. Desarrollar fase II Proyecto de Dotación Materno Infantil para su presentación al ente territorial y posterior radicación en Planeación Departamental para su priorización en</p>	SI SE CUMPLE LA META $\geq 80\%$ FUENTE: CER TIFICACIÓN ASESOR DE PLANEACIÓN DE LA ESE.	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE CONCIERTA CON LA GERENCIA LA INCLUSIÓN EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES EN SALUD 2018-2019. PROYECTOS ADQUISICIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS Y MUEBLES HOSPITALARIOS PARA EL SERVICIO MATERNO DEL HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ ESE. SE PRESENTA AL DEPARTAMENTO DEL CESAR EL PROYECTO ADQUISICIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS Y MUEBLES HOSPITALARIOS PARA EL SERVICIO MATERNO DEL HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ ESE, PARA VALORARLO EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES EN SALUD 2018-2019. EL DEPARTAMENTO DEL CESAR ELEVA A LA PLATAFORMA DEL MSPS EL

		DNP, Secretaria de Salud Departamental para viabilidad técnica y financiera y ante el Ministerio de Salud.			PROYECTO ADQUISICIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS Y MUEBLES HOSPITALARIOS PARA EL SERVICIO MATERNO DEL HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ ESE, PARA VALORARLO EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES EN SALUD 2018-2019.
	58	Gestionar Recursos con la fuente de financiación para la ejecución del Proyectos Adquisición de Equipos Médicos y Muebles Hospitalarios para el Servicio Materno del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE INICIA DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL DEL SERVICIO MATERNO INFANTIL PARA ACTUALIZAR INVENTARIO DE NECESIDADES A SUPLIRSE POR EL PROYECTO DE DOTACIÓN MATERNO INFANTIL. SE REVISARÁ EVALUACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS Y DISEÑA PROYECTO DE INVERSIÓN DE ADQUISICIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS Y MUEBLES HOSPITALARIOS PARA EL SERVICIO MATERNO DEL HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ ESE. RADICACIÓN DEL PROYECTO ANTE EL DEPARTAMENTO DEL CESAR Y MSPS. (28/06/2018) * EN JULIO SE RECIBEN OBSERVACIONES AL PROYECTO POR AREA DE SUBDIRECCIÓN DE PRESENTACIÓN DE SERVICIOS DEL MSPS PARA AJUSTES RESPECTIVAMENTE.* SEPT: SE RADICA NUEVAMENTE EL PROYECTO AL MSPS CON AJUSTES REALIZADOS. SE ANEXA COPIA DEL RADICADO. SE REALIZA MESA TÉCNICA CON EL MSPS Y SSD PARA VIABILIZAR EL PROYECTO. SE RECIBE CONCEPTO TÉCNICO DEL MINISTERIO DE SALUD.

	59	Actualizar en Plan bienal de inversiones en salud Proyectos Adquisición de Equipos Médicos y Muebles Hospitalarios para el Servicio Materno del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE.	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE RECIBE INFORMACIÓN QUE EL PROYECTO ADQUISICIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS Y MUEBLES HOSPITALARIOS PARA EL SERVICIO MATERNO DEL HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ ESE, PUEDE SER EJECUTADO POR EL MSPS POR RECURSOS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL.
--	----	---	----	--	---

<b>LÍNEA 5</b>	<b>JUNTOS HACIENDO CRECER LA ESE HRPL</b>
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO NO. 5</b>	<b>DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN QUE PERMITAN EL MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE LA ESE</b>
<b>META ESTRATÉGICA 7.</b>	<b>&gt; 15% CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN DE LOS DIFERENTES PROYECTOS</b>
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- TALENTO HUMANO</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- DOCENCIA SERVICIOS</li> <li>- PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD COORDINACIÓN MATERNO INFANTIL</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA 16</b>	<b>GESTIONAR PROYECTOS PARA EL DESARROLLO INSTITUCIONAL, INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN.</b>
<b>PROYECTO 17</b>	<b>MEJORAMIENTO CONTINUÓ A TRAVÉS DE INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN</b>
<b>META PLAN OPERATIVO 17</b>	<b>&gt; 80% CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE PROYECTOS</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020	No.	PLAN DE ACCIÓN 2018	EVALUACIÓN 2018			CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			META	SI	NO	
<b>32. CONTINUAR CON LA APUESTA DEL PROYECTO AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HRPL PARA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE URGENCIAS A LA POBLACIÓN CESARENSE Y ÁREAS DE INFLUENCIA.</b>	60	Actualizar en Plan bienal de inversiones en salud proyecto Construcción y ampliación del Servicio de Urgencias del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE.	SI SE CUM PLE LA MET A ≥ 80% FUE NTE: CER TIFI	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE CONCIERTA CON LA GERENCIA LA INCLUSIÓN EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES EN SALUD 2018-2019 EL PROYECTOS CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ ESE. SE PRESENTA AL

			CACI ÓN ASE SOR DE PLA NEA CIÓN N DE LA ESE.		DEPARTAMENTO DEL CESAR Y EL MSPS EL PROYECTO CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ ESE., PARA VALORARLO EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES EN SALUD 2018-2019. EL DEPARTAMENTO DEL CESAR ELEVA A LA PLATAFORMA DEL MSPS EL PROYECTO CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ ESE., PARA VALORARLO EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES EN SALUD 2018-2019. EL MSPS APRUEBA EN PBIS 2018- 2019 EL PROYECTO CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ ESE. PARA VALORARLO EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES EN SALUD 2018-2019.
61	Desarrollar fase II del Proyecto Construcción y ampliación del Servicio de Urgencias del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE con apoyo del Gobierno departamental para el diseño arquitectónico y demás soportes en infraestructura para su presentación al			SI	CALIFICACIÓN 100%, SE VALORAN DISEÑOS ARQUITECTÓNICOS PARA CUMPLIR CON LA RES. 4445/93 Y 2003/2014 DEL MSPS Y CAPACIDAD INSTALADA CONCERTADA PARA SUPLIRSE POR EL PROYECTO EN GESTIÓN. SE REALIZA MESA TÉCNICA PARA EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ. SE REVISAN OBSERVACIONES

		ente territorial y posterior radicación en Planeación Departamental para su priorización en DNP, Secretaría de Salud Departamental para viabilidad técnica y financiera y ante el Ministerio de Salud.			REALIZADAS POR EL MSPS DEL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ, SE REALIZAN AJUSTES SOLICITADOS A LOS DISEÑOS ARQUITECTÓNICOS. SE REALIZA ÚLTIMA MESA TÉCNICA CON EL MSPS Y SSD PARA VIABILIZAR EL PROYECTO CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ.
	62	Gestionar Recursos con la fuente de financiación para la ejecución del Proyecto Construcción y ampliación del Servicio de Urgencias del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE RECIBE INFORMACIÓN QUE EL PROYECTO SERÁ FINANCIADO CON RECURSOS DEL MSPS..

<b>LÍNEA 5</b>	<b>JUNTOS HACIENDO CRECER LA ESE HRPL</b>
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO NO. 5</b>	<b>DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN QUE PERMITAN EL MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE LA ESE</b>
<b>META ESTRATÉGICA 7.</b>	<b>&gt; 15% CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN DE LOS DIFERENTES PROYECTOS</b>
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- TALENTO HUMANO</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- DOCENCIA SERVICIOS</li> <li>- PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD</li> <li>COORDINACIÓN MATERNO INFANTIL</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA 16</b>	<b>GESTIONAR PROYECTOS PARA EL DESARROLLO INSTITUCIONAL, INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN.</b>

PROYECTO 17		MEJORAMIENTO CONTINUO A TRAVÉS DE INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN				
META PLAN OPERATIVO 17		> 80% CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE PROYECTOS				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020	No.	PLAN DE ACCIÓN 2018	EVALUACIÓN 2018			CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			META	SI	NO	
33. CONTINUAR CON LA APUESTA DEL PROYECTO CONSTRUCCIÓN DEL SERVICIO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA ESE HRPL, INCLUYENDO EL AREA DE URGENCIAS DE SALUD MENTAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN CESARENSE Y ÁREAS DE INFLUENCIA.	63	Actualizar en Plan bienal de inversiones en salud el Proyecto Ampliación de la Unidad de Salud Mental del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE.	SI SE CUMPLE LA META $\geq$ 80% FUE CERTIFICACIÓN ASESOR PLANEACIÓN DE	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE CONCIERTA CON LA GERENCIA LA INCLUSIÓN EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES EN SALUD 2018-2019, PROYECTO AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ ESE. SE PRESENTA AL DEPARTAMENTO DEL CESAR Y EL MSPS EL PROYECTO CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ ESE., PARA VALORARLO EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES EN SALUD 2018-2019. EL MSPS APRUEBA EN PBIS 2018-2019 EL PROYECTO AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ ESE., PARA VALORARLO EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES EN SALUD 2018-2019.
	64	Desarrollar fase II del Proyecto para el diseño arquitectónico y demás soportes en infraestructura para su presentación al ente territorial y posterior radicación en Planeación	LA ESE	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE VALORAN DISEÑOS ARQUITECTÓNICOS PARA CUMPLIR CON LA RES. 4445/93 Y 2003/2014 DEL MSPS Y CAPACIDAD INSTALADA CONCERTADA PARA SUPLIRSE POR EL PROYECTO EN GESTIÓN. SE REALIZA MESA TÉCNICA PARA EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN Y

Nit: 892.399.994-5

		<p>Departamental para su priorización en DNP, Secretaría de Salud Departamental para viabilidad técnica y financiera y ante el Ministerio de Salud.</p>			<p>AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ. SE RECIBEN OBSERVACIONES AL PROYECTO POR ÁREA DE SUBDIRECCIÓN DE PRESENTACIÓN DE SERVICIOS DEL MSPS PARA AJUSTES RESPECTIVAMENTE, UNA VEZ AJUSTADO SE RADICA NUEVAMENTE EL PROYECTO AL MSPS CON AJUSTES REALIZADOS. SE ANEXA COPIA DEL RADICADO. SE REALIZA ÚLTIMA MESA TÉCNICA CON EL MSPS Y SSD PARA VIABILIZAR EL PROYECTO AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ ESE., PENDIENTE REPORTE DE VIABILIDAD DEL PROYECTO.</p>
	65	<p>Gestionar Recursos con la fuente de financiación para la ejecución del Proyecto Ampliación de la Unidad de Salud Mental del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE.</p>		SI	<p>CALIFICACIÓN 100%, EN GERENCIA SE RECIBE INFORMACIÓN QUE EL PROYECTO SERÁ FINANCIADO CON RECURSOS DEL MSPS.</p>

<b>LÍNEA 5</b>	<b>JUNTOS HACIENDO CRECER LA ESE HRPL</b>					
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO NO. 5</b>	<b>DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN QUE PERMITAN EL MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE LA ESE</b>					
<b>META ESTRATÉGICA 7.</b>	<b>&gt; 15% CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN DE LOS DIFERENTES PROYECTOS</b>					
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- TALENTO HUMANO</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- DOCENCIA SERVICIOS</li> <li>- PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD</li> <li>COORDINACIÓN MATERNO INFANTIL</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>					
<b>ESTRATEGIA 16</b>	<b>GESTIONAR PROYECTOS PARA EL DESARROLLO INSTITUCIONAL, INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN.</b>					
<b>PROYECTO 17</b>	<b>MEJORAMIENTO CONTINUÓ A TRAVÉS DE INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN.</b>					
<b>META PLAN OPERATIVO 17</b>	<b>&gt; 80% CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE PROYECTOS</b>					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020	No.	PLAN DE ACCIÓN 2018	EVALUACIÓN 2018			CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			META	SI	NO	
<b>34. ACTUALIZAR LOS PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL, PEDIATRICO Y ADULTOS EN EL PLAN BIENAL. GESTIONAR ANTE LA</b>	66	Actualizar en Plan Bienal de Inversiones en Salud el Proyecto Ampliación de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Neonatal y Pediátricos del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE.	SI SE CUMPLE LA META $\geq 80\%$ FUENTE: CERTIFICACIÓN ASESOR DE PLAN DE LA ESE	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE INICIA DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL DEL SERVICIO MATERNO INFANTIL PARA ACTUALIZAR INVENTARIO DE NECESIDADES A SUPLIRSE POR EL PROYECTO AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS, NEONATAL Y PEDIÁTRICOS., APROBADO EN PLAN BIENAL DE INVERSIONES EN SALUD 2018-2019. EL DEPARTAMENTO DEL CESAR ELEVA A LA PLATAFORMA DEL MSPS EL PROYECTO CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ ESE. PARA VALORARLO EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES EN SALUD 2018-2019.

Nit: 892.399.994-5

	67	Desarrollar Fase I del Proyecto Ampliación de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Neonatal Y Pediátricos del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE para concertar con Ente Territorial Capacidad Instalada Propuesta.		SI		CALIFICACIÓN 100%, INTERNAMENTE SE ESTÁ EN PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA DARÁ INICIO AL PLAN FINANCIERO Y PROYECTO TÉCNICO.
--	----	--	--	----	--	---

<b>LÍNEA 5</b>	<b>JUNTOS HACIENDO CRECER LA ESE HRPL</b>
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO NO. 5</b>	<b>DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN QUE PERMITAN EL MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE LA ESE</b>
<b>META ESTRATÉGICA 7.</b>	<b>7. &gt; 15% CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN DE LOS DIFERENTES PROYECTOS</b>
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA</li> <li>- SUBGERENTE</li> <li>- TALENTO HUMANO</li> <li>- COORDINACIÓN ASISTENCIAL</li> <li>- DOCENCIA SERVICIOS</li> <li>- PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD</li> <li>COORDINACIÓN MATERNO INFANTIL</li> <li>- LÍDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA 16</b>	<b>GESTIONAR PROYECTOS PARA EL DESARROLLO INSTITUCIONAL, INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN.</b>
<b>PROYECTO 18</b>	<b>INTEGRACIÓN SISTEMAS DE PLANEACIÓN, GESTIÓN Y CONTROL INTERNO; MIPG VERSIÓN II, EN LA ESE.</b>
<b>META OPERATIVO 18</b>	<b>PLAN &gt; 80% CUMPLIMIENTO AUTODIAGNÓSTICO MIPG</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2018 - 2020	No.	PLAN DE ACCIÓN 2018	EVALUACIÓN 2018			CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			META	SI	NO	
<b>35. INICIAR LA PLANEACIÓN Y ADOPCIÓN INSTITUCIONAL DEL MIPG</b>	68	Aprobar Integración y reglamentación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño conforme al MIPG.	SI SE CUMPLE LA META ≥ 80% FUENTE: CERTIFICACIÓN ASesor DE PLANEACIÓN DE LA ESE	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE PARTICIPA EN EL CICLO DE VIDEOCONFERENCIAS QUINCENAL PROGRAMADAS POR EL DAFP/ENLACE SENA. SEGÚN RESOLUCIÓN NO 382 DEL 19/07/2018, SE INTEGRA Y REGLAMENTA EL COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO DE LA E.S.E., SE SOCIALIZA A MIEMBROS COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO Y A PERSONAL LÍDERES DE PROCESO, SE PUBLICA EN LA PÁGINA WEB INSTITUCIONAL SITIO: TRANSPARENCIA Y ACCESO AL CIUDADANO: RESOLUCIONES, link <a href="http://www.hrplopez.gov.co/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=772:resolucion-nd-382-comite-institucional-de-gestion-y-desempeno-del-hrpl-en-el-marco-de-mipg&amp;catid=22:resoluciones&amp;Itemid=100015">http://www.hrplopez.gov.co/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=772:resolucion-nd-382-comite-institucional-de-gestion-y-desempeno-del-hrpl-en-el-marco-de-mipg&amp;catid=22:resoluciones&amp;Itemid=100015</a> .

	69	Definir Plan de Acción para inicio de la adopción a corto, mediano y largo plazo del MIPG.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE DEFINE Y APRUEBA PLAN DE ACCIÓN IMPLEMENTACIÓN MIPG APROBADO POR EL COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO NO. 001 REALIZADO EL 23 DE JULIO DE 2018.
	70	Publicar en Página web Institucional Integración Planes de Acción según requisitos reglamentarios MIPG.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE APRUEBA EL ACTA NO 2 DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO NO. 002 REALIZADO EL 27 DE JULIO DE 2018, Y SE PUBLICAN EN LA PÁGINA WEB DE LA ESE INFORMES PLAN DE ACCIÓN: Link <a href="http://hrplopez.gov.co/index.php?option=com_content&amp;view=category&amp;layout=blog&amp;id=35&amp;Itemid=200017">http://hrplopez.gov.co/index.php?option=com_content&amp;view=category&amp;layout=blog&amp;id=35&amp;Itemid=200017</a> , DE ACUERDO CON LO EXIGIDO EN EL DECRETO 612 DE 2018, POR EL CUAL SE FIJAN DIRECTRICES PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS PLANES INSTITUCIONALES Y ESTRATÉGICOS AL PLAN DE ACCIÓN POR PARTE DE LAS ENTIDADES DEL ESTADO.
	71	Realizar Autodiagnóstico para evaluar cumplimiento de las políticas del MIPG.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE AUTOEVALÚA DE MANERA INTERDISCIPLINARIA EL 100% DE LOS AUTODIAGNÓSTICOS DEL MIPG CORRESPONDIENTE A 3 POLÍTICAS: AUTODIAGNÓSTICOS GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO, DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN, CONTROL INTERNO Y 12 DIMENSIONES: INTEGRIDAD, PLAN ANTICORRUPCIÓN, GESTIÓN PRESUPUESTAL, GOBIERNO DIGITAL, DEFENSA JURÍDICA, SERVICIO AL CIUDADANO, RENDICIÓN DE CUENTAS, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO, GESTIÓN DOCUMENTAL,

					TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.
	72	Iniciar ejecución Planes de Acción a corto plazo para cumplimiento MIPG.		SI	SE APRUEBA PLAN DE ACCIÓN EN LA REUNIÓN DEL PRIMER COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO ORDINARIO , SE INICIA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES SOCIALIZANDO A LOS MIEMBROS DEL COMITÉ LA RESOLUCIÓN NO 382 DEL 19/07/2018, POR LA CUAL SE INTEGRA Y REGLAMENTA EL COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO DE LA E.S.E., SE PROMUEVE LA ASISTENCIA A LAS VIDEOCONFERENCIAS PROGRAMADAS POR LA FUNCIÓN PÚBLICA EN CONEXIÓN CON EL SENA EN LA REGIÓN, SE PARTICIPA EN VARIOS EVENTOS DE CAPACITACIÓN SOBRE EL MIPG, SE REALIZAN REUNIONES CON EL PERSONAL PARA SOCIALIZAR EL MODELO A LÍDERES DE PROCESO Y PERSONAL EN GENERAL. EN COMITÉ ORDINARIO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO SE EVALÚA CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN APROBADO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN VERSIÓN II, SE DA INICIA LA REALIZACIÓN DE LOS AUTODIAGNÓSTICOS A PARTIR DE LOS APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS DISPUESTOS POR LA FUNCIÓN PÚBLICA VIRTUALMENTE PARA CADA UNA DE LAS DIMENSIONES Y POLÍTICAS DEL MIPG, INCLUIDAS LA DIMENSIÓN DE GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO Y LA POLÍTICAS DE INTEGRIDAD, PARA LOS CUALES SE FORMULA PLAN DE ACCIÓN Y SE INICIA SU EJECUCIÓN, FORMULÁNDOSE,

					ADOPTÁNDOSE E INICIANDO SU SOCIALIZACIÓN A TRAVÉS DE DIFERENTES ESTRATEGIAS DEL CÓDIGO DE INTEGRIDAD PARA LA ESE CONFORME A LO EXIGIDO EN EL MIPG.
	73	Evaluar cumplimiento Plan de Acción para la implementación a corto plazo del MIPG.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE INICIA SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PLANEADAS. EN COMITÉ ORDINARIO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO SE EVALÚA CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE ACCIÓN A CORTO PLAZO EVIDENCIANDO EL CUMPLIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MIPG VERSIÓN II ALCANZÁNDOSE UN 80% DE CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS. - ASISTENCIA A VIDEOCONFERENCIAS SOBRE LAS DIMENSIONES, POLÍTICAS Y EN GENERAL SOBRE EL MODELO ORGANIZA FUNCIÓN PÚBLICA SENA. - SEGÚN RESOLUCIÓN NO 382 DEL 19/07/2018, SE INTEGRA Y REGLAMENTA COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO DE LA E.S.E., ESTE ES SOCIALIZADO A LOS MIEMBROS Y AL PERSONAL. - SE SOCIALIZA MIPG AL PERSONAL - SE DISEÑA, SOCIALIZA Y PUBLICA EN PÁGINA WEB INSTITUCIONAL CÓDIGO DE INTEGRIDAD.

## CONCLUSIONES

Con el presente informe se espera haber dado cumplimiento a lo exigido en la Resolución 408 de 2018 y el Plan de Gestión para la vigencia 2018, Indicador 3. **GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL** cuyo estándar de cumplimiento es 1,

## FORMULA:

Numerador: **Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia Objeto de evaluación.**

Denominador: **Número de metas del plan operativo anual programadas en la Vigencia objeto de evaluación.**

Resultado: **18 / 18 = 100%.**

De acuerdo con lo expuesto y el medio magnético anexo, el Plan Operativo Anual programado para la vigencia 2018, se constituyó en un elemento estratégico importante que le permitió a la ESE continuar cumpliendo con los lineamientos y propuestas contenidos en el Plan de Desarrollo Institucional 2017-2020, fortaleciendo la integridad, el trabajo en Equipo, la satisfacción del Usuario, la educación impartida en las áreas y servicios como centros de práctica clínica y la Investigación científica institucional.

Al consolidar el avance en el cumplimiento de los Objetivos y Metas por Proyectos y Línea estratégica hasta el cierre de la vigencia del 2018, se observa un comportamiento adecuado y consistente con la Gestión metas y logros alcanzados para cada una de las Líneas Estratégicas proyectadas para el cuatrienio 2018-2020, vigencia evaluada, las Metas operativas en desarrollado se tendrán en cuenta como oportunidad de mejora para los próximos Planes de Acción anual en el marco del Direccionamiento estratégico plasmado en el Plan de Desarrollo 2018 - 2020 *¡Con Salud por el Camino al Desarrollo!*

Se espera haber presentado el cumplimiento del Plan de Desarrollo 2018 – 2020 para la vigencia 2018 de manera satisfactoria, abordando las expectativas de los honorables miembros de la Junta Directiva de la ESE, la administración, los colaboradores y lo más importante nuestros usuarios, a quien nos debemos y trabajamos día a día.



Nit: 892.399.994-5

El presente informe se firma en Valledupar Cesar, a los 20 días del mes de marzo de 2019.

Atentamente,

P/D: Original Firmado

**JAIBER NEGRETE VILLAFÑE.**

Jefe Oficina Asesora de Planeación y Mercadeo

Proyectó: Equipo de Planeación de la ESE

---

***¡Con Salud por el Camino al Desarrollo!***

Calle 16C Avenida La Popa No. 17 – 141, teléfono 5748452 Fax 5748451  
Email: [planeacion@hrplopez.gov.co](mailto:planeacion@hrplopez.gov.co)