

PLAN DE DESARROLLO 2017 - 2020

1 - LÍNEA	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	METAS ESTRATEGICAS	ESTRATEGIAS	PROYECTOS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017- 2020	PLAN DE ACCIÓN 2018	META PARA LA VIGENCIA 2020	DOCUMENTO SOPORTE
1. CAMINANDO CON NUESTROS USUARIOS Y USUARIAS	1. LOGRAR LA SATISFACCIÓN GLOBAL DE NUESTROS USUARIOS Y USUARIAS EXTERNOS A TRAVÉS DE ESTRATEGÍAS QUE PERMITAN SUPLIR SUS NECESIDADES	1. $\geq$ 90% DE LA SATISFACCIÓN GLOBAL DEL USUARIO	1. CONCENTRAR ACCIONES PARA RESOLVER LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS EN LOS RESULTADOS ARROJADOS POR LAS ENCUESTAS Y ANÁLISIS DE PQRS	1. ACCIONES PARA LOGRAR LA SATISFACCIÓN GLOBAL DE NUESTROS USUARIOS Y USUARIAS	1. Aplicar los instrumentos que permitan identificar las necesidades, expectativas, peticiones, quejas y reclamos de los usuarios y grupos de interés. 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 3. Gestionar la habilitación de las líneas telefónicas de consulta externa para asignación de cita y los espacios habilitados para la atención al usuario.	1. Aplicar medir y analizar las Encuestas de satisfacción. Análisis y socialización de la información. Gestionar las PQRS en término de la Ley 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). 3. Líneas telefónicas habilitadas, y Módulo de información.	1. $\geq$ 92% DE LA SATISFACCIÓN GLOBAL DEL USUARIO	Encuestas, PQR, Matriz de la Resolución 1552 del 2014, Carta de solicitud de las cabinas para consulta externa, análisis de las PQR y evidencia educación al Usuario: listado de asistencia, Actas de apertura de Buzón (PQR), ACTAs de Análisis de PQR y Encuesta de Satisfacción de Usuario.
			2. PROMOVER ESPACIOS DE COMUNICACIÓN CON LOS USUARIOS, UTILIZANDO DIFERENTES CANALES.	2. CONSTRUCCIÓN DE ESPACIOS PARA LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA	4. Realizar informes periódicamente al Usuario interno y externo utilizando diferentes canales de comunicación. 5. Planificar y gestionar el reporte de la información de obligatoria publicación.	5. Realizar un evento de Rendición de Cuentas Vigencia anterior 6. Realizar al menos dos Eventos de Rendición de cuentas con Líderes de Procesos y Usuarios Internos o Externos. 7. Identificar Marco legal que aplica a la información objeto de reporte mediante página web institucional o plataformas oficiales. 8. Elaborar matriz Gerencia de la información para seguimiento y evaluación del cumplimiento del Sistema de Información de los procesos según la normatividad vigente. 9. Actualizar Página Web con Información Institucional, en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014.	2. >75% SATISFACCIÓN CON LA GESTIÓN INFORMADA EN RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA ANTERIOR.	Invitación diferentes medios, Acta de Rendición de Cuentas, Encuesta de Evaluación Rendición de Cuentas, Listdo  Informes, Actas de Asistencia, Reporte exitosos de envío de información, Publicación página web. Link Transpatencia y acceso al
2- LÍNEA	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	METAS ESTRATEGICAS	ESTRATEGIAS	PROYECTOS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	PLAN DE ACCIÓN 2018	META PARA LA VIGENCIA 2020	DOCUMENTO SOPORTE
2. RUTA PARA LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.	2. MANTENER EQUILIBRIO FINANCIERO Y SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA, BAJO EL PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL	2. < 10% PORCENTAJE DE GLOSAS DEFINITIVAS Y DEVOLUCIONES DE LA VIGENCIA	3. IDENTIFICAR TRIMESTRALMENTE LAS CAUSAS DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES POR SERVICIOS, DOCUMENTARLAS EN DETALLE, PARA MEJORAMIENTO CONTINUO GARANTIZANDO LA MAYOR EFICIENCIA.	3. CAPACITACIÓN PARA MEJORAR CALIDAD EN EL PROCESO DE FACTURACIÓN.	6. Identificar las debilidades del Proceso Integral de Facturación y su impacto en las Glosas definitivas y Devoluciones. 7. Elaborar y desarrollar el Proyecto de Capacitación "Mejoramiento de la Calidad en el Proceso de Facturación", para su articulación en el PIC.	10. Documentar las debilidades del Proceso Integral de Facturación de acuerdo con el comportamiento de las Glosas y Devoluciones del Primer Trimestre 2018. 11. Formular Proyecto de Capacitación "Mejoramiento de la Calidad en el Proceso de Facturación", para su aprobación e inclusión del PIC 2018 -2019. 12. Ejecutar el Proyecto de Capacitación "Mejoramiento de la Calidad en el Proceso de Facturación", y seguimiento al Mejoramiento del Proceso integral de Facturación trimestral.	3. 33,3% DE LA META ESTRATÉGICA, (10% DISMINUCIÓN DE GLOSAS DEFINITIVAS Y DEVOLUCIONES DE LA VIGENCIA)	Informe Trimestral de Glosas vigencia 2018, Proyecto de Capacitación "Mejoramiento de la Calidad en el Proceso de Facturación" incluido en PIC 2018, Informe avance disminución de Glosas, Reportes SIHO Dcto 2193 de 2004, Actas de Asistencia, Fotos.
			4. MEJORAR EL PROCESO DE FACTURACIÓN INTEGRAL CON APROVECHAMIENTO DE LA INTERRELACION DE LOS DISTINTOS MODULOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DGH Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	4. OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN EFICIENTE, CON CALIDAD Y EFECTIVIDAD.	8. Liquidación diaria de la facturación de todo paciente atendido dentro de las primeras 72 horas hábiles de la atención. 9. Implementar el seguimiento a la liquidación oportuna de todo paciente atendido con egreso, para análisis de la Facturación mensual que permita evaluar la gestión por pisos, servicios o áreas. 10. Entregar oportunamente la facturación mensual a Radicación de Cuentas con cortes a los días 10, 20 y 30.	13. 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. 14. 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). 15. 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). 16. Entrega diaria a Radicación de cuentas de la facturación de servicios prestados a usuarios con egreso no mayor a 48 horas hábiles.	4. > 95% RADICACIÓN OPORTUNA DE LA FACTURACIÓN MENSUAL.	12 Facturas liquidadas oportunamente, Reportes oportunos a Supersalud Archivo 0179, Informes RIPS, Soportes de radicación, Informe Glosas subsanadas, Informe devoluciones gestionadas, Reporte de Facturación, Guías mensajería.

					11. Registrar toda glosa recibida en la ESE dentro de los 5 días hábiles siguientes a su recibo, para su oportuna resolución.	17. 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.		
	3. MANTENER UN MARGEN NETO DE UTILIDAD	5. MEDIR Y MEJORAR EL FLUJO DE CAJA, QUE GARANTICE EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO INSTITUCIONAL.	5. GARANTIZAR ESTRATEGIAS DE RECAUDO EFECTIVO, OPORTUNO Y DE CARTERA CORRIENTE.	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.	18. 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	5.1 MANUAL DE CARTRA APROBADO	Acuerdos de pago, informes de cartera, actas de depuración, reportes 2193 de 2004 periódicos.	
		6. 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	6. MERCADEO Y VENTA DE SERVICIOS DESDE LA POSICIÓN DE PRESTADOR COMPLEMENTARIO.	13. Actualizar y ajustar acuerdos contractuales según normatividad vigente frente al entorno del mercado y la capacidad instalada de servicios ofertado	19. Actualizar Tarifas Institucionales de los Servicios Ofertados: Especializados ambulatorios con alta demanda, Estudios especializados, Servicio de Transporte Asistencial TAB y TAM, etcétera. 20. Mantener la Contratación vigente 21. Retroalimentar al Proceso misional del comportamiento de la Contratación vigente, incluidas quejas e inquietudes 22. Resolver inquietudes y solicitudes de los Clientes contratistas y EAPB sin contratos.	6. 100% REPORTE SIHO CONTRATACIÓN	Actas de acuerdos d evolutades, Resoluciones aprobación tarifas, listado asistencias reuniones EAPB-ESE, Contratos, anexos contratos, comunicados y correos internos y externos,	
	4. > DOS (2) CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES	7. GESTIONAR CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES QUE GENEREN INGRESOS EFECTIVO Y RENTABILIDAD SOCIAL .	7. GESTIÓN DE ACTIVIDADES INSTITUCIONALES EN DIMENSIONES DE SALUD PÚBLICA QUE GENEREN INGRESOS Y RENTABILIDAD SOCIAL.	14. Certificar la entidad como IAMII con Enfoque Integral	23. 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. 24. Gestionar Proyectos con la Empresa Privada que generen rentabilidad social para la Institución. 25. Cumplir ante visitas evaluadoras del Ente Territorial, UNICEF, MSPS, etcétera para la certificación como IPS prestadora del Departamento del Cesar.	7. 80% DE CUMPLIMIENTO	Actas de reunión, Proyectos y/o convenios interinstitucionales o con la Empresa privada, evidencias ejecución Proyectos y/o convenios interinstitucionales, fotos,	
		8. IDENTIFICAR LOS ELEMENTOS DEL COSTO EN UNIDADES FUNCIONALES CLAVES DE LA ESE, MEJORANDO EFICIENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS.	8. ALTERNATIVAS EFICIENTES, OPORTUNAS, ACCESIBLES PARA MEJORAR EL SERVICIO FARMACÉUTICO.	15. Priorizar la adquisición de bienes y servicios para el área farmacéutica buscando racionalidad costo beneficio	26. Hacer el estudio de mercado costo beneficio soportado en cotizaciones con empresas reconocidas para la adquisición de insumos (líquidos y alimentación nutricional).	8. Un (01) Contrato para la adquisición de insumos (líquidos y alimentación nutricional), garantizando oportunidad en los servicios.	Informes, y/o estudios servicio farmacéutico, soportes procesos actualizados, actas cofyte, Actas de Asistencia capacitación,	
			9. SISTEMAS DE COSTOS CONFIABLE, CLARO Y VERAZ POR UNIDADES FUNCIONALES.	16. Optimizar la operatividad del Módulo de Costos Hospitalarios en Dinámica Gerencial . Net.	27. Solicitar al Proveedor SYAC, asistencia para corregir inconsistencias operativas y mejorar los resultados generados por el Módulo de Costos en la ESE, . 28. Priorizar el costeo de servicios claves de la Institución.	9. >30% Servicios quirúrgicos costeados.	Reportes Dinámica gerencial módulo de costos, informe de costos Servicios quirúrgicos.	
3- LÍNEA	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	METAS ESTRATEGICAS	ESTRATEGIAS	PROYECTOS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017- 2020	PLAN DE ACCIÓN 2018	META PARA LA VIGENCIA 2020	DOCUMENTO SOPORTE
3. CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.	3. PROMOVER EL POSICIONAMIENTO DE LA ESE HRPL POR SU AVANCE EN SEGURIDAD A PACIENTE.	5. RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL QUE AVANZA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	9. CUMPLIR GRADUALMENTE LOS ESTÁNDARES DEFINIDOS EN EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.	10. GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO HACIA ACREDITACIÓN.	17. IMPLEMENTAR LA RUTA CRÍTICA DE ACREDITACIÓN A PARTIR DEL COMPONENTE PAMEC SEGÚN LOS ESTÁNDARES IDENTIFICADOS EN EL MANUAL DE ACREDITACIÓN AMBULATORIO Y HOSPITALARIO.	29. Formular Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, enfocado al Sistema Único de Acreditación. 30. Ejecutar Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, enfocado al Sistema Único de Acreditación. 31. Evaluar Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, enfocado al Sistema Único de Acreditación. 32. 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.	10. > 1.20 EN RELACIÓN A LA VIGENCIA ANTERIOR	Actas de reunión para conformación de Equipos de Autoevaluación, Capacitación Sistema Único de Acreditación, Soportes Selección y Priorización de Procesos, Evidencias Definición de la calidad Esperada y Observada, Soportes Plan de Acción, Plan de mejoramiento en acreditación, Actas de asistencia a reunión, Fotos, Informes cierre Pamec 2018, Fotos,

			10. REALIZAR ACTIVIDADES QUE PERMITAN MINIMIZAR LOS RIESGOS QUE IMPACTAN EL ENTORNO AMBIENTAL Y MEJORAR CALIDAD DE VIDA.	11. HOSPITAL VERDE Y SALUDABLE.	18. PRIORIZAR LA SALUD AMBIENTAL COMO UNA POLITICA EN LA ESE HRPL FOMENTAR CULTURA ORGANIZACIONAL DE LARGO PLAZO POR MEDIO DE LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD HOSPITALARIA INTERNA Y EXTERNA	33. 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 <u>prácticas y principios ecológicos</u> . 34. Promover mediante capacitación y educación a usuarios internos y externos sobre los factores ambientales y su impacto para la Prevención de <u>Enfermedades</u> . 35. 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 <u>y de la comunidad</u> . 36. 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 <u>internas y externas</u> .	11. ≥ 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS	Conformación del Grupo responsable del Proyecto hospital verde y saludable, comunicados a entidades académicas, Listado de asistencia a capacitaciones, certificaciones listados de remplazos por energía limpias y renovables, evidencias de capacitación y manejo de inyecciones seguras, objetos cortantes y de otras categorías de residuos, jornada de limpieza, aseo y embellecimiento de los jardines, fotos
			11. FORTALECER LA HUMANIZACIÓN EN LA ESE QUE PROPENDAN POR LA CALIDAD DE VIDA Y LA DIGNIDAD DE SUS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS.	12. CRECIENDO JUNTOS CON LA POLITICA DE HUMANIZACIÓN DE LA ESE HRPL.	19. CAPACITAR AL TALENTO HUMANO. 20. DESARROLLAR HABILIDADES Y CAPACIDADES EN EL TALENTO HUMANO A TRAVÉS DE LA CUALIFICACIÓN. 21. OFRECER TRATO HUMANIZADO QUE PROPENDAN POR LA VIDA Y DIGNIDAD DE LOS USUARIOS EXTERNOS Y COMUNIDAD 22. MANTENER AL USUARIO INFORMADO QUE PERMITAN SATISFACER SUS NECESIDADES 23. MEJORAR LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN PRO DEL 24. PERFECCIONAR LAS ACCIONES QUE GARANTICEN AMBIENTES SEGUROS, CÓMODOS Y ACOGEDORES. PARA EL USUARIO.	37. Socializar el Programa de Humanización, la Política de Humanización. 38. Capacitar en Humanización al talento humano 39. Medir el Clima Organizacional, Socializar los Deberes y Derechos de los Usuarios al talento humano, realizar <u>actividad del día del abrazo</u> . 40. Avanzar en el Proyecto Rosario Sonríe. 41. Mantener al usuario informado mediante los diferentes medios de comunicación de la ESE, 42. Novenas Navideñas 43. Divulgar los Deberes y Derechos a los Usuarios, 44. Dar asistencia espiritual y psicológicos a los usuarios <u>y usuarios externos</u> 45. Disponer de lugares de lecturas en la ESE, Realizar <u>jornadas de donación</u> .	12. > 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE HUMANIZACIÓN PROGRAMADAS	Listados de asistencias, fotografías, resolución del programa de humanización, programa de humanización, Listado de asistencias, fotografías, actas, correspondencias, fotos, Evidencias de información divulgada al usuario que garantice su satisfacción, y se cumplan derechos y deberes, listados de asistencia socialización deberes y derechos.
			12. > 20% CUMPLIMIENTO RIAS	13. HOSPITAL POSICIONADO COMO: 1) EL HOSPITAL COMO PILAR DE RED AVANZANDO EN LAS RIAS PRIORIZADAS POR EL MSPS.	25. AVANZAR EN LA RIA MATERNO PERINATAL. 26. AVANZAR EN LA RIA DE ALTERACIONES NUTRICIONALES. 27. AVANZAR EN LA RIA DE ALTERACIONES Y TRASTORNOS	46. Actualizar Guías en el marco de las RIAS Materno perinatal 47. Ser líder como entidad Piloto en el programa de <u>retinopatía del prematuro</u> . 48. Ser líder como entidad piloto en el manejo de la <u>desnutrición en el menor de 59 meses</u> .	13. ≥ 80% CUMPLIMIENTO DE LAS RIAS APROBADAS POR EL MS	Actualizar Guías en el marco de las RIAS Materno perinatal Ser líder como entidad Piloto en el programa de retinopatía del prematuro. Ser líder como entidad piloto en el manejo de la desnutrición en el menor de 59 meses.
			13. 100% DE GESTIÓN PARA PREVENIR EL RIESGO DE SUFRIR EVENTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y FORTALECER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	14. CRECIENDO JUNTOS CON LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.	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	49. Fortalecer la cultura de seguridad del paciente mediante el despliegue y socialización apoyados en ayudas audiovisuales y medios de comunicación internos. 50. Implementar el uso de la pulsera de identificación del <u>paciente</u> 51. Evaluar adherencia de las guías de buenas prácticas en seguridad del paciente.	14. ≥ 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ESE PROGRAMADAS.	Convocatoria por correo institucional, Videos institucionales, mensajes musicales, actividad lúdica, listado de asistencia a capacitación, evidencias fotográficas, reporte eventos adversos su análisis Compra de pulseras, lista de chequeo diligenciada de evaluación de buenas prácticas .
4- LÍNEA	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	METAS ESTRATEGICAS	ESTRATEGIAS	PROYECTOS 2018-2020	ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017- 2020	PLAN DE ACCIÓN 2018	META PARA LA VIGENCIA 2020	DOCUMENTO SOPORTE
4. CAMINANDO JUNTOS CON EL CAPITAL HUMANO	4. CUMPLIR LAS POLITICAS DE LA DIMENSIÓN DE TALENTO HUMANO, SEGÚN MIPG, VERSIÓN II	6. 100% CUMPLIMIENTO DEL TALENTO HUMANO SEGÚN MIPG, VERSIÓN II	14. DESARROLLAR LAS POLITICAS DE LA DIMENSIÓN DE TALENTO HUMANO SEGÚN MIPG, VERSIÓN II.	15. GESTIÓN DE LA DIMENSIÓN DE TALENTO HUMANO SEGÚN MIPG, VERSIÓN II	29. IMPLEMENTAR LAS POLITICAS DE TALENTO HUMANO E INTEGRIDAD, SEGÚN MIPG VERSIÓN II,	52. Realizar Autodiagnóstico para evaluar línea base Institucional de los valores contemplados en el Código de <u>Integridad del servicio público</u> 53. Aprobar Código de Integridad Institucional por el <u>Comité Institucional de Gestión y Desempeño</u> . 54. Evaluación de Resultados de la implementación de la <u>Política de Integridad</u> 55. Realizar Autodiagnóstica de la Dimensión Gestión del <u>Talento Humano según MIPG</u> 56. Realizar Plan de Acción a Corto Medino y Largo Plazopara la adopción e Implmentación de la Política de Gestión del Talento Humano.	15. > 80% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS	Código de Integridad según MIPG. Listados de Asistencia, Acta Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Autodiagnóstico según MIPG. Listados de Asistencia, Código de Integridad según MIPG. Listados de Asistencia, Acta Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Fotos.
5- LÍNEA	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	METAS ESTRATEGICAS	ESTRATEGIAS	PROYECTOS 2018-2020	ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017- 2020	PLAN DE ACCIÓN 2018	META PARA LA VIGENCIA 2020	DOCUMENTO SOPORTE

5. JUNTOS HACIENDO CRECER LA ESE HRPL	5. DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN QUE PERMITAN EL MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE LA ESE	7. > 15 CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN DE LOS DIFERENTES PROYECTOS	15. IMPLEMENTAR PROGRESIVAMENTE EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS QUE NOS PERMITAN ACREDITARNOS COMO HOSPITAL UNIVERSITARIOS	16. GESTIÓN HACIA LA ACREDITACIÓN DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO	30. FORMULACIÓN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DIRIGIDO A LA ACREDITACIÓN DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.	57. 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.	16. ≥ 80% CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE PROYECTOS	Actas de reunión para conformación de Equipos de Autoevaluación, Capacitación Sistema Único de Acreditación, Soportes Selección y Priorización de Procesos, Evidencias Definición de la calidad Esperada y Observada, Soportes Plan de Acción, Actas de asistencia a reunión, Fotos, Informes cierre Pamec 2018, Fotos,
			16. GESTIONAR PROYECTOS PARA EL DESARROLLO INSTITUCIONAL, INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN.	17. MEJORAMIENTO CONTINUÓ A TRAVÉS DE INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN	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.	58. 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. 59. 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. 60. 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	17. ≥ 80% CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE PROYECTOS	Evidencias gestión Proyectos, correos internos y externos, fichas plan bienal, soportes radicación Proyectos Planeación Departamental, Secretaria de Salud Departamental y Ministerio de Salud.certificación proyectos instancias gubernamentales, etc,
					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 POBLACÓN CESARENSE Y ÁREAS DE INFLUENCIA.	61. Actualizar en Plan bienal de inversiones en salud proyecto Construcción y ampliación del Servicio de Urgencias del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE. 62. 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. 63. 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.		
					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 POBLACÓN CESARENSE Y ÁREAS DE INFLUENCIA..	64. Actualizar en Plan bienal de inversiones en salud el Proyecto Ampliación de la Unidad de Salud Mental del Hospital Rosario Pumarejo de López ESE. 65. 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. 66. 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.		
					34. ACTUALIZAR LOS PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL, PEDIATRICO Y ADULTOS EN EL PLAN BIENAL. GESTIONAR ANTE LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR Y EL MSPS LA PRIORIZACIÓN EN LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DE	67. 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. 68. 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.		
			18. INTEGRACIÓN SISTEMAS DE PLANEACÓN, GESTIÓN Y CONTROL INTERNO; MIPG VERSIÓN II, EN LA ESE.	35. INICIAR LA PLANEACIÓN Y ADOPCIÓN INSTITUCIONAL DEL MIPG		69. Aprobar Integración y reglamentación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño conforme al MIPG. 70. Definir Plan de Acción para inicio de la adopción a corto, mediano y largo plazo del MIPG. 71. Publicar en Página web Institucional Integración Planes de Acción según requisitos reglamentarios MIPG.	19. ≥ 80% CUMPLIMIENTO AUTODIAGNÓSTICO MIPG	Resolución integración y reglamentación Comité Institucional de gestión y desempeño, Listados de Asistencia a socialización, Actas Comité Institucional de Gestión y Desempeño, evidencias autodiagnósticos políticas MIPG, Publicación Planes Institucionales con Planes Decreto 612 de 2018: ( 1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR, 2. Plan Anual de Adquisiciones 3. Plan Anual de Vacantes 4. Plan de Previsión de Recursos Humanos 5. Plan Estratégico de Talento Humano

					<p>72. Realizar Autodiagnóstico para evaluar cumplimiento de las políticas del MIPG.</p> <p>73. Iniciar ejecución Planes de Acción a corto, plazo para cumplimiento MIPG.</p> <p>74. Evaluar cumplimiento Plan de Acción para la implementación a corto plazo del MIPG</p>	<p>AUTODIAGNOSTICO MIPG</p>	<p>6. Plan Institucional de Capacitación</p> <p>7. Plan de Incentivos Institucionales</p> <p>8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo</p> <p>9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano</p> <p>10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI</p> <p>11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información</p>
--	--	--	--	--	--	-----------------------------	--